Das Lehrgebäude Leonhards im Spiegel der psychiatrischen Fachdiskussion

Thomas Stempfle

1983

Aus der Nervenklinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. Hippius

Das Lehrgebäude Leonhards im Spiegel der psychiatrischen Fachdiskussion

Inangural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Thomas Stempfle
aus
Leitershofen bei Augsburg

München 1983

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. H. Dietrich
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. H. Hippius
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 26.5.1983

UNIV. LEIDEN BIBL.

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet.

Danksagung

Bei Herrn Prof. Dr. Dietrich möchte ich mich herzlich bedanken für die Durchsicht des Manuskripts und die zahlreichen wertvollen Ratschläge während der Ausarbeitung.

I N H A L T

		Seite
I.	Einleitung	1
II.	Geschichtlicher Oberblick	2
III.	Material und Methodik	9
IV.	Die Aufteilung der endogenen Psychosen	12
1.	Die schizophrenen Psychosen	24
2.	Die zykloiden Psychosen	35
3.	Die affektiven Psychosen	42
V.	LEONHARDS Persönlichkeitsdiagnostik und Neurosenlehre	43
1.	Die akzentuierten Persönlichkeiten	43
2.	Die Individualtherapie der Neurosen	45
3.	Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten	48
VI.	LEONHARDs Psychologie	49
1.	Die Biologische Psychologie	49
2.	Die Gesetze des normalen Träumens	51
3.	Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität	53
4.	Der menschliche Ausdruck	55
5.	Die Biopsychologie der endogenen Psychosen	57
VII.	Zusammenfassung	59
VIII.	Literatur	61

I. Einleitung

Diese Dissertation befaßt sich mit der Aufnahme und den Nachwirkungen, welche das Werk Karl LEONHARDs in der psychiatrischen Fachwelt gefunden hat.

Wir haben in LEONHARD den gegenwärtigen Vertreter einer psychiatrischen Schule vor uns, die sich seit mehr als 80 Jahren und über drei Generationen hinweg bemerkenswert folgerichtig entwickelt hat und der wir in vielen Bereichen eigenständige Hypothesen und eine Fülle wertvoller Beobachtungen verdanken. Dieser Umstand verdient unser historisches Interesse.

Darüberhinaus scheint sich gerade die Forschung der jüngsten Zeit wieder verstärkt Gebieten zuzuwenden, zu denen LEONHARD Bedeutendes beigetragen hat. Wir verweisen hier z.B. auf die erneute Beachtung, die man der klinischen Psychopathologie, der Problematik des schizoaffektiven Zwischenbereichs oder neuen Möglichkeiten der Neurosentherapie entgegenbringt.

Wir werden uns vor allem mit folgenden Fragen zu beschäftigen haben:

1. Ist das Lehrgebäude LEONHARDs in seiner Mannigfaltigkeit ausreichend bekannt? Welchen Schwerpunkten seines Schaffens widmete die Kritik besondere Aufmerksamkeit, welche wurden vernachlässigt?
2. Stützt sich die Kritik eher auf theoretische Vorbehalte oder mehr auf die Ergebnisse empirischer Nachuntersuchungen?
3. Welches sind die wesentlichen Leitlinien der Kritik und vor welchem historischen Hintergrund sind sie zu sehen?
4. Wo sind weitere Nachuntersuchungen sinnvoll bzw. in welcher Hinsicht könnte LEONHARD die Entwicklung der Forschung bereichern?

II. Geschichtlicher Überblick

Es ist heutzutage viel zu wenig bekannt, daß Carl WERNICKE (1848-1905), Ordinarius in Breslau, nicht nur ein großer Hirnpathologe, sondern auch ein bedeutender psychiatrischer Kliniker war. Sein "Grundriß der Psychiatrie"(123), erschienen 1900 und 1906 in 2. Aufl., wird nur noch selten zitiert. Daran hat auch die ausführliche Würdigung, die ihm durch JASPERS in dessen "Allgemeiner Psychopathologie" (55) zuteil wurde, nichts ändern können. JASPERS hat WERNICKEs "ausgesprochene Begabung, das Psychische in großen Zügen zu sehen und in treffenden Unterscheidungen zu gliedern" klar erkannt und auf die Bereicherung der Psychopathologie, welche durch die auf diesem Wege gewonnenen Begriffe wie Erklärungswahn, Ratlosigkeit, überwertige Idee, Merkfähigkeit etc. erfolgte, hingewiesen. Auf ihn geht auch die historische Einordnung WERNICKEs als Gegenspieler KRAEPELINs zurück, indem er schreibt,daß "dieser überlegene Geist .. die gesamte psychiatrische Diskussion auf ein höheres Niveau (hätte) bringen können. So hat KRAEPELIN ohne Gegner und ebenbürtige Korrektur seine Wirkung von Jahr zu Jahr vergrößern können und auf fast alle Gebiete der Psychiatrie erstreckt." Welch mannigfaltige und enge Beziehungen zwischen WERNICKEs Beschreibungen der "paranoischen Zustände" bzw. "akuten Psychosen" und LEONHARDs "systematischen Schizophrenien" bzw. "zykloiden Psychosen" bestehen, hat dieser in einem Aufsatz (71), der zum 60. Todestag WERNICKEs erschien, dargestellt.

Die geringe Resonanz, die dem Werk WERNICKEs beschieden war und die sich naturgemäß auf die Geltung seiner Schüler und Nachfolger negativ auswirken mußte, läßt sich auf die folgenden Gründe zurückführen:

1. Der vorzeitige, tragische Unfalltod WERNICKEs zu einem Zeitpunkt, als das System KRAEPELINs gerade einen Siegeszug angetreten hatte, ohne daß dessen innere Mängel be-

reits voll sichtbar geworden wären. Als nur wenig später Kritik an KRAEPELINs Anschauungen laut wurde, nahm diese bekanntlich ihren Ausgang von den prognostischen Schwierigkeiten in der praktischen Anwendung seiner Dichotomie und sprach sich für die Schaffung kleinerer Symptomenkomplexe aus. Wir verweisen hier auf den 1912 entstandenen Aufsatz (45) von HOCHE, mit dessen Grundgedanken KRAEPELIN sich in seinen "Erscheinungsformen des Irreseins"(62) auseinandersetzt, sowie die Arbeit von BIRNBAUM (4).

Ob die Prognostik WERNICKE sonderlich interessiert hätte, muß offenbleiben, galt sein Augenmerk doch ganz überwiegend dem Zustand. Auf jeden Fall hätte er über solche "Symptomverkupplungen" nicht nur schreiben, sondern sie auch tatsächlich be-schreiben können, und zwar als gesetzmäßig in sich zusammenhängende Einheiten, nicht als ein zufälliges Sammelsurium einzelner Symptome. Ganz sicher aber wäre es auf seinen lebhaften Widerstand gestoßen, als Eugen BLEULER daran ging, die prognostische Dichotomie mit einer psychopathologischen gleichzusetzen und die Riesengruppe der Dementia praecox durch eine gemeinsame, auf wenige "Primärsymptome" reduzierbare, "schizophrene" Psychopathologie zu charakterisieren. WERNICKE, der in seinem Interesse für die analysierende Psychologie BLEULER durchaus ähnelte, hätte demgegenüber die weitgehende Verschiedenartigkeit der Bilder geltend gemacht und vor den Gefahren einer nivellierenden Betrachtungsweise gewarnt.

Noch heute redet man psychologisch von "den" Schizophrenen, als ob sie untereinander mehr Gemeinsames als Trennendes hätten und behandelt sie entsprechend, wenn man auch inzwischen gelernt hat, über ihren Lebensweg nichts Bestimmtes vorherzusagen. Für uns ist dieser Weg von KRAEPELIN zu BLEULER, der in den entscheidenden Jahren vor dem Ersten Weltkrieg so überraschend glatt zurückgelegt

wurde, von tiefer innerer Fragwürdigkeit und wir können nicht umhin, gerade hier eine spürbare Lücke in der Diskussion, welche durch WERNICKEs Tod gerissen wurde, zu sehen.

2. Die Unhaltbarkeit der "psycho-physiologischen" Grundvorstellungen WERNICKEs. Hier denken wir vor allem an seine Sejunktionstheorie, welche die Geisteskrankheiten als Erkrankungen der Assoziationsfasern des Gehirns erklärt. Spekulationen über den Zusammenhang zwischen Gehirn und Seele, wie sie WERNICKE wahrscheinlich im Gefolge des von ihm hochgeschätzten Theodor MEYNERT anstellte und mit denen er die ersten acht Vorlesungen seines "Grundriß" bis zum Oberdruß anfüllte, waren eigentlich schon zu seiner Zeit als "Hirnmythologie" obsolet geworden. Überhaupt fällt bei WERNICKE auf, daß er, sobald er das von ihm so anschaulich und lebendig Beobachtete einordnen und erklären will, sogleich verzwickte, psychologische Konstruktionen entwickelt, gleichsam als ob sein freies Auge nur durch eine Brille aus abstrakten Schemata zur Geltung käme. So hat er sehr oft seiner Darstellung das von ihm entworfene Koordinatensystem der drei Bewußtseinsgebiete Somatopsyche (Körperlichkeit), Autopsyche (Persönlichkeit) und Allopsyche (Außenwelt) zugrundegelegt und damit manches komplizierter als nötig ausgedrückt.

3. WERNICKES Begründung einer Nosologie allein aus dem Zustandsbild. Dieses Konzept mußte als veraltet gelten, nachdem KRAEPELIN in seinem entschiedenen Eintreten für die Auffassungen KAHLBAUMs einen bleibenden Durchbruch erzielt und die Geisteskrankheiten nach Ursachen, Verlauf und Ausgang gegliedert hatte, wobei er diese Merkmale gegenüber dem Erscheinungsbild bevorzugte.

An diesem letzten Punkt knüpft die bedeutende Erweiterung an, welche die Lehre WERNICKEs durch seinen

Schüler Karl KLEIST (1879-1960), Ordinarius in Frankfurt a.M., erfuhr, indem dieser die Beschreibungen WERNICKEs mit den Ergebnissen von KRAEPELINs Verlaufsforschung kombinierte. KLEIST war in seltener Gleichartigkeit der Forschungsrichtung der Nachfolger WERNICKEs sowohl in der Hirnforschung, wo er sich durch seine "Gehirnpathologie" (1934) ein bleibendes Verdienst erworben hat, als auch in der Psychiatrie, ja er war vielleicht der Letzte, der beide Gebiete in gleich hervorragender Weise bearbeiten konnte und wollte. Gerade durch sein Festhalten an der Tradition mußte er aber in immer größere Isolation geraten, als der herrschende Zeitgeist andere Wege ging. Wegen seiner Hirnlokalisationslehre sah er sich vielen Angriffen ausgesetzt und indem er die zu einem Defekt führenden Psychosen als heredodegenerative Erkrankungen des Nervensystems ansah, machte er sich zahlreiche Feinde. Letzteres hat noch bis auf LEONHARD nachgewirkt, wie PAULEIKHOFF in einer Diskussionsbemerkung (95) ausführt.

Besonders verhängnisvoll hatte sich aber die inzwischen eingetretene dogmatische Erstarrung des KRAEPELINschen Systems ausgewirkt. Die Erbgesetzgebung des Dritten Reichs hat bekanntlich unter Leugnung der diagnostischen Schwierigkeiten diese Zweiteilung sogar juristisch fixiern können. Am liebsten hätte man das Problem der "Zwischenfälle" ignoriert oder zumindest für bedeutungslos erklärt, wie es etwa in K. SCHNEIDERs "Klinischer Psychopathologie" (109) geschehen ist. KLEISTs ständigem Hinweis auf die atypischen Psychosen begegnete man von vornherein mit Unverständnis, ein Umstand, der vielleicht mehr als alles andere die weitere Wirkung seiner Schule erschwert hat, wie LEONHARD (67,81) bemerkt.

Er hat in seinem Kampf gegen die Verflachung der Krankheitslehre nicht nur das Erbe WERNICKEs hochgehalten,

sondern in gleicher Weise Positionen KRAEPELINs verteidigt, der im Rahmen seiner "endogenen Verblödungen" gesonderte kleinere Krankheitsgruppen beschrieben hat, z.B. die Paraphrenien und die Schizophasie, was weiten Kreisen nicht mehr ausreichend bewußt war und ist. Ganz im Sinne des KRAEPELINschen Verlaufsprinzips hat er auch versucht, seine Einzelformen durch großangelegte Katamnesen zu sichern. Man könnte mit Recht ihn als den Schöpfer einer geschichtlich notwendigen Synthese zwischen WERNICKE und KRAEPELIN bezeichnen. Außerdem hat er zu einer Zeit, als man in der Psychologie der Geisteskranken auf ganz andere Aspekte achtete, von seinem Lehrer die Vorliebe zur feinsinningen Beschreibung der Psychomotorik übernommen, diese Kenntnisse vor dem Vergessen bewahrt und an seine Schüler weitergegeben.

In späteren Jahren wurde ihm langsam, aber zunehmend, im Ausland oft verständnisvoller als in der Heimat, die verdiente Anerkennung für sein neuropsychiatrisches Lebenswerk zuteil. Dies kam z.B. 1953 zum Ausdruck, als man ihn für den Nobelpreis vorschlug.

Karl LEONHARD (geb. 1904) war Mitarbeiter KLEISTs in Frankfurt, bevor er 1955 nach Erfurt, 1957 auf den Lehrstuhl der Berliner Charité berufen wurde. Er hat die Psychosenlehre seiner Vorgänger weiter ausgebaut und ein System geschaffen, das 35 Einzelformen umfaßt. Es ist charakterisiert durch die Sonderstellung der atypischen Bilder in Gestalt der drei zykloiden Psychosen, die Aufgliederung des schizophrenen Formenkreises von den Endzuständen her - eine neue Möglichkeit, welche LEONHARD als erster genutzt hat und durch die sich eine Gliederung in drei unsystematische und 16 systematische Formen ergibt - und schließlich durch eine Aufteilung des in dieser Hinsicht vernachlässigten affektiven Bereichs in 12 rein - monopolare und eine vielgestaltig -bipolare Form.

Besonders hervorzuheben ist sein beständiges Bemühen, die Aufteilung der Psychosen aus der klinischen Empirie abzuleiten. Er hat auf diesem Weg die größte und umfassendste Sammlung von Krankengeschichten vorgelegt, die wir kennen. Sie wird durch ihre Fülle an Beobachtungen und als Frucht jahrzehntelanger Arbeit auch für den von bleibendem Wert sein, der die nosologischen Anschauungen nicht teilt. Gerade die gegenwärtige Forschung, die Kasuistiken nur selten oder mit abgedroschenem Vokabular mitteilt, könnte hier eine Quelle der Inspiration finden. Darüberhinaus haben LEONHARD und seine Mitarbeiter insbesondere den genetischen Hintergrund ihrer Krankheitsformen untersucht.

Die Psychosenlehre bildet aber nicht den einzigen Schwerpunkt seines Schaffens. Er hat viele Gebiete bearbeitet - und zwar mit dem Willen und der Kraft zur Zusammenschau - welche sich heute immer mehr zu Spezialdisziplinen entwickeln und vom einzelnen Psychiater kaum noch gleichmäßig überschaut werden. So hat er der überkommenen Psychopathielehre durch seine "Akzentuierten Persönlichkeiten" ein neues Gesicht gegeben, eine eigenständige Therapie der Neurosen entwickelt und durch Erfolgsstatistiken gesichert, sich mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie befaßt und unsere Kenntnisse der normalen und insbesondere der abnormalen Sexualität bereichert.

Ein ganz besonderes Interesse aber brachte LEONHARD schon seit seiner Jugend der Psychologie entgegen. Man ersieht aus seiner "Selbstdarstellung"(67), daß dieser Aspekt seine Berufswahl viel eher beeinflußte, als die überwiegend biologische Seite der Medizin. Man darf wohl sagen, daß die psychologische Ausbildung der Ärzte heute einseitig ist. Meistens wird man mit theoretischen Modellen konfrontiert, die nicht auf die klinischen Bedürfnisse zugeschnitten sind. In weiten Kreisen scheint die

Ansicht vorzuherrschen, in der Psychologie käme alles auf das Unbewußte an.

LEONHARD setzt demgegenüber bei allem Gespür für die unbewußten Grundlagen die Tradition der klassischen Allgemeinen Psychologie fort, indem er die Erscheinungen des Seelenlebens in klare Begriffe faßt, voneinander abgrenzt und über der Analyse der Gefühlsschichten die Untersuchung der Denkvorgänge und Willensprozesse nicht vergißt. Hier kommt seine philosophische Bildung zum Ausdruck, insbesondere die Kenntnis der Werke LOCKEs, HUMEs und KANTs. An Spezialgebieten hat er insbesondere die Traumforschung und die Ausdruckspsychologie bearbeitet.

Besondere Beachtung verdient sein Versuch, der klinisch-empirisch gewonnenen Aufteilung der Psychosen eine psychologische Untermauerung zu geben, indem er insbesondere jeder einzelnen affektiven Psychose und jeder einzelnen systematischen Schizophrenie eine andere spezifisch gestörte, abgrenzbare psychische Funktion zuordnet. Wir erinnern uns hier daran, daß schon WERNICKE seine Krankheitslehre auf einer psychologischen Klassifikation zu begründen versuchte.

III. Material und Methodik:

Unsere Darstellung der psychatrischen Fachdiskussion, die sich im Umkreis des Lehrgebäudes LEONHARDs entwickelt hat, beruht auf den Äußerungen vorwiegend deutschsprachiger, aber auch ausländischer, hier vor allem angelsächsischer und skandinavischer Autoren, wie sie in Form von Rezensionen, in kritischen Stellungnahmen im Rahmen von Referaten, Monographien und Diskussionsbeiträgen sowie in klinischen Beobachtungen und Nachuntersuchungen zum Ausdruck gekommen sind. Bei den Nachuntersuchungen wurden nur unabhängige und eigenständige Arbeiten zu Rate gezogen, nicht hingegen diejenigen der unmittelbaren Mitarbeiter LEONHARDs.

Als ergiebigste Literaturquelle erwiesen sich die deutschsprachigen Zeitschriften. Insbesondere bemühten wir uns um eine möglichst vollständige Erfassung aller Stellungnahmen zu LEONHARD, wie sie zwischen dem 1.1.1937 und dem 31.12.1982 im "Nervenarzt" und den "Fortschritten der Neurologie und Psychiatrie" sowie dem "Zentralblatt für Neurologie und Psychiatrie" zwischen 1959 und 1981 und der in der DDR erscheinenden "Psychiatrie, Neurologie und medizinischen Psychologie" zwischen 1964 und 198o abgegeben wurden.

Auf diesem Wege konnten wir insgesamt 66 kritische Aussagen bzw. Forschungsbeiträge verwerten. Den größten Anteil stellten dabei die 3o Buchbesprechungen, gefolgt von 27 Stellungnahmen im Rahmen von Referaten, Monographien oder Diskussionsbemerkungen. An klinischen Beobachtungen bzw. Nachuntersuchungen fand sich die überraschend niedrige Anzahl von nur 9 Arbeiten.

Ein weiterer interessanter Gesichtspunkt ergibt sich, wenn wir die kritischen Äußerungen in bezug auf die drei Schwerpunkte des LEONHARDschen Schaffens, nämlich

1. Psychosenlehre
2. Persönlichkeits- und Neurosenlehre
3. Psychologie

gliedern.

Zur Psychosenlehre gibt es 9 Rezensionen, 26 Stellungnahmen im Rahmen von Referaten, Diskussionen etc. und 9 klinische Studien bzw. Mitteilungen. Bei der Persönlichkeits- und Neurosenlehre sind wir auf 12 Buchbesprechungen angewiesen. Zur Psychologie schließlich finden sich 1o Äußerungungen, davon 9 Rezensionen und nur eine Erwähnung in einem Obersichtsreferat, und zwar zur Traumforschung. Wir müssen dabei aber hinzufügen, daß wir keine speziell psychologische Literatur untersucht haben.

Alle 9 klinisch-empirischen Nachuntersuchungen, die wir finden konnten, befassen sich also mit der Psychosenlehre. Hier gibt es 4 Mitteilungen zu LEONHARDs Aufteilung der schizophrenen Psychosen, 3 über seine zykloiden Psychosen und 2 über die affektiven Psychosen. Man sieht daraus, daß zwar alle Bereiche des LEONHARDschen nosologischen Spektrums erfaßt worden sind, in der Mehrzahl der Fälle wird aber eine Tendenz zum Eklektizismus deutlich, ein Zurückscheuen vor der Vertiefung in die Eigenarten der kleineren Krankheitsgruppen. Eine von anderer Seite vorgenommene, durch klinische Beobachtungen belegte kritische Gesamtschau fehlt bis jetzt. Als weiterer Befund festzuhalten bleibt außerdem die weitgehende Vernachlässigung der Persönlichkeits- und Neurosenlehre und der Psychologie durch die klinische Forschung.

Wir sind also bei unserer Darstellung in weiten Bereichen auf zusammenhanglose, oft allzu knappe Äußerungen, zu einem großen Teil im Rahmen von Buchbesprechungen angewiesen. Solche Rezensionen haben zwei Nachteile: zum einen erscheinen sie meistens nur zur ersten bzw. einer einzigen späteren Auflage eines Werks, so daß inzwischen eingetretene Ergänzungen oder Änderungen nicht genügend berücksichtigt werden, zum anderen greifen die Rezensenten

bei ihrer Kritik überwiegend Einzelaspekte heraus. Gerade bei LEONHARD müßte man aber die Eigenart seiner immer wieder konsequent angewendeten empirisch-klassifikatorischen Methode kennen und allgemein diskutieren, sowie den inneren Zusammenhang seines Lehrgebäudes, vor allem seiner beiden Aspekte Klinik und Psychologie, berücksichtigen.

Für uns wird es darum gehen, das Wesentliche der verschiedenen strittigen Fragen darzustellen und die einzelnen Beiträge in einen geistigen Zusammenhang zu bringen, damit der gegenwärtige Stand der Diskussion bei den verschiedenen Problemkreisen deutlich wird.

IV. Die Aufteilung der endogenen Psychosen

Von allen Werken LEONHARDs hat seine 1957 erstmals erschienene "Aufteilung der endogenen Psychosen"(68) die weiteste Verbreitung gefunden und ist bis zum heutigen Tage ein Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion und Ausgangspunkt klinischer Forschung geblieben; die KLEIST-schen Arbeiten, für die an sich das Gleiche zutrifft, sind ja nur ansatzweise - wir verweisen auf(36) und (58)- umfassender dargestellt worden.

Wenn wir soeben die beiden Aspekte "Diskussion"und "Forschung" gesondert erwähnt haben, so hat das seinen Grund: es besteht nämlich durchaus die Möglichkeit, daß jene beiden Gesichtspunkte der Kritik dem kritisierten Gegenstand nicht gleichmäßig gerecht werden. Während mitunter das theoretische Abwägen allein schon zwingend darlegen kann, daß eine vorgeschlagene Hypothese der mühsamen praktischen Oberprüfung "nicht wert" ist, können in anderen Fällen nur solche empirischen Nachuntersuchungen eine Diskussion zum Abschluß bringen. Der Leser kann im Folgenden bemerken, daß wir bei unserem Bemühen, sowohl kritische Rezensionen als auch Ergebnisse der klinischen Forschung gleichmäßig zu berücksichtigen, bei der Mehrzahl der letzteren auf Arbeiten zurückgreifen mußten, die keine oder nur indirekte Beziehungen zur Forschungsrichtung LEONHARDs aufwiesen, also nicht als Kontrolluntersuchungen gelten konnten.

Wenn unsere Darstellung, die ja auf einem wahren Labyrinth einander widersprechender Meinungen beruht, nicht selbst einen verwirrenden Anblick bieten sollte, so mußten wir der Erörterung jener verschiedener Argumente und Befunde ein Ordnungsprinzip zugrunde legen. Als "Ariadnefaden" bietet sich die LEONHARDsche Aufteilung selbst geradezu an: so wird man - nach den gleich anschließenden allgemeinen Bemerkungen - in der Reihen-

folge schizophrene Psychosen - zykloide Psychosen - affektive Psychosen gesondert erfahren, was zu jeder einzelnen Gruppe kritisch gedacht und beobachtet worden ist. Zuvor aber wollen wir auf einige Gedanken zu sprechen kommen, die von grundlegender Bedeutung sein können.

Bei der Suche nach einem geistigen Band für unseren Versuch, das "pro und contra LEONHARD" zu erhellen, stießen wir auf zwei Problemkreise, die wir als den "nosologischen" und den "forschungstheoretischen" bezeichnen wollen:

Erstens hätte man unter dem Eindruck der vorwiegend deutschsprachigen Diskussionsbeiträge, wie sie schon vor der Veröffentlichung der "Aufteilung der endogenen Psychosen" und im folgenden Jahrzehnt gehäuft das Feld beherrschten, alle diese Stellungnahmen um einen Mittelpunkt anordnen können, wie ihn die folgenden Fragen zum Ausdruck bringen: Ist eine solche Aufteilung überhaupt sinnvoll? Ist nicht das einzige Kennzeichen dieser "Bildungen" ihre Wandelbarkeit? Ist es unter solchen Umständen angebracht, vom jeweiligen Erleben des einzelnen Kranken unabhängige Krankheitseinheiten abzugrenzen, diese sogar mit prognostischen Aussagen zu verbinden?

Zweitens: Unter dem Einfluß angelsächsischer "Fairness" bemüht man sich in jüngster Zeit, verschiedene psychiatrische Diagnoseschemata ganz unabhängig von ihren theoretischen Voraussetzungen auf ihren Wert als "Forschungsinstrument" zu prüfen. Demnach hätte man die LEONHARD-Diskussion auch um die Kernfrage anordnen können: Beschreibt dieser Autor seine diagnostischen Kriterien so eindeutig, daß sie auch von anderen Beobachtern zuverlässig nachvollzogen werden können? Welche Treffsicherheit läßt sich mit diesen Kriterien im Vergleich zu anderen erzielen?

Im Konzert der kritischen Stimmen stießen wir auf einen gewichtigen Tenor, der die beiden genannten Problemkreise, die als ordnendes Prinzip unserer Darstellung hätten dienen können, gleichmäßig berührt. In seinem ein Jahr vor Erstauflage der "Aufteilung" LEONHARDs erschienenen Aufsatz: "KRAEPELIN und die gegenwärtige Psychiatrie" schrieb Kurt SCHNEIDER (1o8):

> "Typologische Untergruppen und Benennungen sind unbegrenzt möglich. Das gibt es alles: "Motilitätspsychose", "Angstpsychose", "Eingebungspsychose", "Glückspsychose", "Progressive Halluzinose" usw. usw. Obrigens will diese Psychiatrie nicht nur typologisch untergruppieren, sondern sie meint eigene Krankheitsformen mit jeweils besonderen Verläufen und besonderem erbbiologischem Verhalten. Bei aller Anerkennung besonders von LEONHARDs sorgfältiger klinischer Bemühung sehe ich nichts Oberzeugendes und keinen Gewinn in dem allen, auch abgesehen von der praktischen Unhandlichkeit dieser oft so schwer von einander unterscheidbaren Bildungen. Sie sind deswegen auch eine zu unsichere Grundlage für exakte Prognostik und Erbforschung. Hier ist uns aber nur wichtig; auch da stehen KRAEPELINs Formen als Fundamente". (S. 3f.)

Der nosologische Aspekt:

Zahlreiche Autoren geben in gleicher Weise ganz allgemein im Bereich der endogenen Psychosen der Typologie ("Wahrscheinlichkeit") den Vorzug vor der Diagnostik ("Sicherheit"). SCHNEIDER selbst konnte vielleicht noch nicht ahnen, wie vor diesem Hintergrund jede Berufung auf "KRAEPELINs Fundamente" zum Lippenbekenntnis werden mußte. Denn wenn man nach der seither erfolgten Weiterentwicklung und Hochschätzung des typologischen Denkens in Praxis und Forschung diese Fundamente sucht, so hat man wohl zu vermerken, daß KRAEPELINs Denkweise und Fragestellungen nicht mehr einen ausgesprochenen Mittelpunkt des Interesses bilden. Man bedenke, welch überragende Bedeutung für diesen Forscher die Beobachtung der Verläufe hatte; wobei unbedingt darauf hinzuweisen ist, daß er nicht von definierten Zustandsbildern ausgehen konnte, deren Entwicklung dann zu verfolgen war,

sondern genau umgekehrt in Kenntnis des Ausgangs zurückblickend die dabei gesehenen Zustandsbilder beschrieb, indem er dieses Verfahren als eine Vorstudie auf dem Weg zum zukünftigen Idealziel betrachtete: Erkennung derjenigen Bestandteile des Querschnitts, die eine Vorhersage des Längsschnitts erlauben - und frage sich, ob dieser Forschungsansatz - denn als einen solchen, und nicht als ein auf dieser Grundlage erst zu schreibendes "Lehrbuch der psychiatrischen Diagnostik" wollte er ihn selbst verstanden wissen - heute zu Recht schon "ausgedient" hat. Angesichts dieser geduldigen Beschäftigung mit dem "langen Zeitraum" war vielleicht nichts weniger am Platze als jene Voreiligkeit der Nachfolger, welche sich anfangs genau so schnell mit dem schon Erreichten begnügte, wie sie später das noch zu Erreichende aus den Augen verlor.

Es war wohl in der Tat ein etwas überhastetes Vorgehen, welches mit der Kenntnis zweier verschiedener Krankheitsvorgänge bereits die Abgrenzung zweier Krankheiten erreicht zu haben glaubte - eine Verwechslung von formaler und kausaler Pathogenese - und unter der Voraussetzung eines Wissenstandes, der in Wirklichkeit noch gar nicht erreicht war, bereits den kühnen Versuch unternahm, "die psychologischen Zusammenhänge ... zu beleuchten ... weil man auf diesem Wege am ehesten neue Einblicke in die Natur der Psychosen erwarten darf." (5, S. VIII). Dies hatte zur Folge, daß man - wo eine vom Verlaufsprinzip ausgehende Beschreibung möglichst vieler unterschiedlicher Symptome das Gebot der Stunde gewesen wäre - stattdessen die beiden schon als gesicherte Einheiten geltenden Krankheiten "manisch-depressives Irresein" und "Dementia praecox" bzw. "Schizophrenie" auf möglichst wenige "Grundstörungen" zurückführen wollte, weshalb man schließlich überall dort von "Schizophrenie" sprechen konnte, wo folgender Satz zutraf: "Dagegen ist ausgeprochene schizophrene Assoziationsstörung allein

zur Diagnose ausreichend". (5,S.243) Falls man sich fragt, was unter dieser Assoziationsstörung zu verstehen sei, so muß man sich mit den beiden Begriffen "Gedankendrängen" und "Sperrung" begnügen.

Ungeachtet der Warnung KRAEPELINs, daß die "bisher von uns verwerteten Krankheitszeichen nicht ausreichen, um uns die zuverlässige Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins von der Schizophrenie unter allen Umständen zu ermöglichen" (62,S.28), ja daß "auch andere, heilbare Erkrankungen unter Umständen schizophrene Erscheinungsformen annehmen können" (62, S.21) hat auf ähnliche Weise die Heidelberger Schule eine Art Sprachregelung geschaffen, die es ermöglichen sollte, ein gegebenes Zustandsbild ohne Zuhilfenahme des Verlaufs als "schizophren" bzw. "zyklothym" zu bezeichnen.

Als eine solche psychiatrische Sprachlehre und nicht etwa als ein diagnostisches Vademecum will die "Klinische Psychopathologie" SCHNEIDERs(109) aufgefaßt sein, wobei wir uns auf seine Schüler und Nachfolger berufen: daß das, was hier "schizophren" heißt, als Benennung, als "psychopathologische Konvention" anzusehen ist, hat JANZARIK vor nicht allzulanger Zeit wiederholt erläutert (51,52) und dafür, daß auf dieser Grundlage "eine Prognosestellung im Erkrankungsbeginn ... vom psychopathologischen Syndrom her nicht mit Sicherheit möglich" (46) ist, kann HUBER et al. (47) als der beste Zeuge gelten. Beide Gesichtspunkte könnte man in dem Satz zusammenfassen, die SCHNEIDERschen Symptome seien Wahrscheinlichkeitskoeffizienten in anschaulichem Gewand. Beobachtet man eines oder mehrere davon, so bedeutet das, daß der Kranke ein schizophrenes Residuum entwickeln kann, aber nicht muß - mit einer von Symptom zu Symptom unterschiedlichen Wahrscheinlichkeit. So gesehen könnten sie auf eine sicherlich ansprechende Art zum Ausdruck bringen, daß jede Diagnose als Hypothese und somit als "überhaupt nie abgeschlossen" (4o) zu gelten hat.

Demnach scheint die deutschsprachige Psychiatrie unter dem Eindruck der vielgestaltigen, wechselhaften Bilder, vor dem die mindestens genauso häufigen "klaren" Fälle in den Hintergrund treten, auf dem Wege eines prognostischen "ignoramus et ignorabimus" wieder überwiegend zur Lehre von der Einheitspsychose, welche ihrerseits auch nicht mehr als "Morbus" aufgefaßt wird, zurückgekehrt zu sein.

Demgegenüber weisen in den letzten Jahren immer mehr Arbeiten aus den USA auf die mangelnde prognostische Aussagekraft der bisher bekannten schizophrenen Symptome, ihr allzu häufiges Vorkommen im Rahmen manisch-depressiver, remittierender Erkrankungen, auf die daraus entstehende Gefahr der Behandlung mit nicht indizierten Medikamenten hin. In der Obersichtsarbeit von POPE und LIPINSKI (99) heißt es z.B.:

> "...every study of "schizophrenia" in the literature that does not make some reference to prognostic, family history, or treatment-response criteria must be considered...to be contaminated with up to 4o% cases of manic-depressive illness..."schizophrenic symptoms" ...may be so generally nonspecific as to be almost unusuable for many research purposes. The belief that they define a single broad illness... may perhaps prove to have been a grave error in the evolution of psychiatric thought".

Auch ein hervorragender Kenner der Einheitspsychose hat erst vor kurzem darauf hingewiesen, daß man sich mit dem erreichten Kenntnisstand nicht begnügen könne: "Es sollte nicht mehr um ein Kokettieren mit der nosologischen Verunsicherung, sondern u.a. um die Entscheidung gehen: Fortsetzung von Differenzieren und Aufteilen oder Inangriffnahme von Vereinheitlichen und Verallgemeinern". (1oo) Dabei müßte der Vertreter der "fließenden Obergänge", der sich nicht seinerseits auf den klinischen "Eindruck" berufen will, etwa dem Genetiker erklären, warum bis jetzt noch "kein einziges EZ-Paar bekannt (ist), in dem ein Partner eine klassische Schizophrenie und der andere

eine klassische manisch-depressive Psychose hätte" (129) bzw. sich mit folgendem Ergebnis der Familienforschung auseinandersetzen: "The low familial crossover between manic-depressive illness and schizophrenia provides evidence that they are not merely the ends of a continuum" (99), oder die Erscheinung deuten, daß sich unter den heute als "schizophren" geltenden Kranken, die sich so sehr voneinander unterscheiden sollen, daß jeder gleichwie geartete Einteilungsversuch abgelehnt wurde, dennoch eine Gruppe sich mit verblüffender Regelmäßigkeit heraushebt: es sind die Vollremissionen.

Gerade diejenigen Verlaufsstudien, die nur vom Zustandskriterium ausgehen und deshalb so gut vergleichbar sind (vgl. 47, S.5) laufen hier immer wieder auf den gleichen Prozentsatz hinaus: M. BLEULER kommt auf 22%, für RUCKDESCHEL gehört hierher "jeder vierte unserer Kranken", (103), HINTERHUBER (44) nennt 29,9%, CIOMPI/MÖLLER (17) 21,1% und HUBER (47) sieht genau wie M. BLEULER 22%. Dies ist gerade deshalb so bemerkenswert, da es sich ja um Arbeiten von Schulen handelt, die ihren eigenen Voraussetzungen zufolge nicht in den Verdacht kommen können, mit der Diagnose "Schizophrenie" eine Aussage bezüglich der Heilung oder Nichtheilung verbunden zu haben. Eine solche Übereinstimmung hätte sich nicht ergeben können, wenn für den Ausgang schizophrener Psychosen äußere Faktoren wie etwa die Therapie ausschlaggebend wären, denn die Kranken wurden zum Teil ganz verschieden behandelt. Selbst wenn man sich mit der einfachen Deutung begnügt, die Wahrscheinlichkeit, von einer Schizophrenie zu genesen, betrage eben 1:4, so erkennt man damit wieder eine kranheitsimmanente, über das Individuelle hinausgehende Gesetzlichkeit an; man könnte aber auch weitergehen und sich fragen, ob und woran diese Gruppe vollremittierender Kranker möglichst frühzeitig zu erkennen wäre.

Dem Einwand, es hätten sich bis jetzt keine Beziehungen zwischen psychopathalogischem Anfangsbefund und Ausgang finden lassen, ließe sich entgegenhalten, daß unsere Kenntnis der Symptomatologie in diesem Punkt vielleicht noch nicht ausreichend ist. Wir werden dieser Problematik bei der Diskussion von LEONHARDs "zykloiden Psychosen" wieder begegnen.

Hier wäre die Bemerkung HEINRICHs von Interesse, daß "in das AMP-System von der Seite der psychopathologischen Prämissen und vorgegebenen Definitionen ... die klinische Psychopathologie Kurt SCHNEIDERs eingegangen (ist). Wenn wir jetzt Fragen an das AMP-System richten, können wir nicht erwarten, daß andere Antworten resultieren, als sie durch unsere Prämissen vorprogrammiert wurden" (43).

Vorerst ist nur hervorzuheben, daß gerade die modernen Langzeitstudien wieder dazu ermuntern könnten, den alten KRAEPELINschen Weg - erst das Studium der Verläufe, dann im zweiten Schritt die Differenzierung der Symptomatologie - wieder einzuschlagen, den man lange Zeit gar nicht mehr oder in entgegengesetzter Richtung gegangen war. Ob in dieser vorschnell abgebrochenen und jetzt vielleicht wieder aufzunehmenden wissenschaftlichen Entwicklung die Beiträge von KLEIST und LEONHARD als ein "missing link" gelten können, wollen wir dem Urteil des Lesers überlassen. Er könnte sich dabei von jener Stelle aus KRAEPELINs "Psychiatrie" leiten lassen, aus welcher der von uns so hervorgehobene Forschungsweg am deutlichsten erkennbar wird:

> "Tatsächlich hat es sich fast überall gezeigt, daß die bis dahin als Einheit betrachteten Zustandsbilder, sobald wir ihre Zugehörigkeit zu verschiedenen Krankheiten erkannt haben, eine Reihe von feineren, so lange unbeachteten Schattierungen darboten, in denen sich die klinische Eigenart aussprach. Besäßen wir von vornherein eine ganz eindringende Kenntnis aller Krankheitszeichen, so würden wir imstande sein, die innere Verschiedenheit der zu den einzelnen Krankheiten gehörigen, einander ähnlichen Zustandsbilder ohne weiteres aufzufassen. In diesem Sinne würde auch eine rein

> symptomatische Betrachtungsweise schließlich zu einer Aufteilung der Zustandsbilder in die verschiedenen klinischen Formenkreise gelangen können. Allerdings besteht dabei die Gefahr, daß der Versuch einer derartigen Gruppierung nicht bei denjenigen Unterschieden halt machen würde, die für die einzelnen Krankheitsvorgänge kennzeichnend sind, sondern zu einer Zersplitterung der Erscheinungsformen nach zum Teil ganz nebensächlichen Gesichtspunkten führen müßte. Um dieser Gefahr zu entgehen und die Zergliederung der Krankheitszeichen mit den Bedürfnissen und Erfahrungen der klinischen Forschung stets im Einklange zu halten, muß die Kenntnis der Krankheitsvorgänge selbst uns lehren, in welchen Einzelzügen der Zustandsbilder die Unterschiede der zugrunde liegenden Erkrankungen zum Ausdrucke kommen". (63, Band I S.522)

Wir können uns nun, nachdem wir die Auseinandersetzung um Möglichkeit und Wert einer psychiatrischen Nosologie an sich kurz gestreift haben, dem zweiten allgemeinen Problemkreis zuwenden, der, wie man sich erinnert, in den eingang zitierten SCHNEIDERschen Bemerkungen ebenfalls zutage trat. Es handelt sich hier also um die Frage: Kann man LEONHARDs "Aufteilung" überhaupt als ein geeignetes "Forschungsinstrument" betrachten?

Der forschungstheoretische Aspekt:

Insbesondere die angelsächsische Psychiatrie hat in letzter Zeit vermehrt untersucht, ob die verschiedenen diagnostischen Systeme "nachvollziehbar" sind und wie sie sich besonders hinsichtlich ihrer prognostischen "Treffsicherheit" zueinander verhalten. Hierbei haben sich auch für die hierzulande eingebürgerte Diagnostik interessante neue Gesichtspunkte ergeben. So wird z.B. bei BLEULERs "diagnostic criteria" auf die "difficulty in clearly defining his major diagnostic concepts" (112) hingewiesen. Oder man stellt fest, daß das Vorliegen SCHNEIDERscher Symptome nicht ausreichend zwischen Kranken mit mehr oder weniger günstigen Verläufen differenziert. Ober das Kriterium der "Wahnwahrnehmung" etwa, in der WHO-Schizophrenie-Studie als "not adequately defined by items in the PSE interview schedule" gar

nicht erst berücksichtigt (16, siehe auch 42,14), hat z.B. RUCKDESCHEL (1o3)schon 1957 mitgeteilt, daß es "bei der Hälfte aller geheilten Kranken" auch gesehen wurde, "nur ein Viertel der Unbeeinflußten hatte sie ebenfalls".

Für uns ist hier nur zweierlei wichtig: einmal wenden sich die auf dieser Grundlage neu entwickelten diagnostischen Kriterien von einigen der deutschsprachigen Psychiatrie liebgewordenen Voraussetzungen eindeutig ab. Statt strikter Beschränkung auf das Zustandsbild fordern FEIGHNER (27) und SPITZERS davon abgeleitete "Research Diagnostic-Criteria" zur Schizophreniediagnose obligat "chronic illness with at least six months of symptoms prior to the index evaluation" und während zur gleichen Zeit auf die erhöhte Beachtung der Schichtregel von JASPERS (die "tiefste" erreichte Schicht - und das sei diejenige der schizophrenen Symptome - gebe ohne Berücksichtigung des übrigen Bildes den Ausschlag) hingewiesen wird (45), schließen FEIGHNER und SPITZER genau umgekehrt eine solche Diagnose aus, falls "Symptoms sufficient to qualify for affective disorder or probable affective disorder" vorliegen.

Zweitens wäre es äußerst wünschenswert - nachdem es für die SCHNEIDERschen Symptome bereits geschehen ist - die Diagnostik LEONHARDs im gleichen Sinne daraufhin zu untersuchen, ob sie prognostische Differenzierungen erlaubt. Den Wunsch nach einer solchen - noch nicht erschienenen - Arbeit hat KÖHLER mit folgenden Worten begründet:

> "Wenn man von den spekulativen und theoretischen Zügen der WERNICKE-KLEIST-LEONHARDschen Forschungsrichtung absieht, sind ihre wertvollen Syndrom-Typen von immensem heuristischem Wert. Indem bei LEONHARD die Diagnose zugleich eine Prognose ist, kann man sie überprüfen auf ihre Fähigkeit der Vorhersage eines Verlaufs... Durch die Entwicklung von Meßinstrumenten, z.B. dem WING-PSE und durch moderne statistische Techniken ist die Zeit reif geworden, um die möglicherweise diskriminierende Wertigkeit verschiedener Symptome und Syndrome zu überprüfen. Und es liegt auf der Hand, daß die LEONHARDsche Auffassung ein wertvolles Forsch-

ungsinstrument darbietet, wie FISH auch betonte. Es sei nur daran erinnert, daß LEONHARD, wie auch viele jüngere amerikanische Forscher, versucht hatte, seine Diagnosen wie kein anderer im deutschen Sprachraum durch prognostische und erbbiologische Studien zu validieren. Was einen in der Auffassung LEONHARDs so sehr an die englische und neuere amerikanische Psychiatrie erinnert, ist die Kernstellung der Affektivität in der Beurteilung der Symptome und Syndrome. Die Kritik M. BLEULERs an Verlaufsstudien überhaupt und seine eigenen neueren Verlaufsergebnisse rütteln nicht an dem zukünftigen heuristischen Wert der LEONHARDschen Auffassung". (61)

In diesem Zusammenhang wäre besonders von Interesse,wie die Diskussion um die "Aufteilung der endogenen Psychosen" in den USA verläuft, wo 1979 erstmals eine englische Übersetzung erschienen ist. Es fand sich auch bereits eine Rezension (92), die jedoch etwas oberflächlich geraten ist und kaum neue Gedanken enthält, immerhin glaubt sie nicht aufgrund theoretischer Erwägungen eine von vornherein ablehnende Haltung einnehmen zu müssen und fordert mit dem Hinweis: "The data are elaborate, but statistical tests of signifiance are lacking" durchaus in gewisser Weise zu einer Nachuntersuchung im oben genannten Sinne auf.

Es fanden sich daneben eine ganze Reihe älterer Untersuchungen bzw. Äußerungen, die sich auf die Brauchbarkeit der LEONHARDschen Kriterien beziehen. Hier wäre in erster Linie FISH zu nennen (28-33) der z.B. beiIII Patienten "without to much difficulty" systematische und unsystematische Schizophrenien im Sinne LEONHARDs diagnostizieren konnte, wobei er auf die große Übereinstimmung zwischen seinen und den unabhängig davon durch ASTRUP gestellten Diagnosen hinweist (31) - in einer späteren Arbeit (33) teilt er aber mit, daß in ASTRUPs Augen expansive, konfabulatorische und fantastische Paraphrenie nicht so scharf unterscheidbar sind wie bei LEONHARD und kommt zu dem Schluß, daß "this classification... appears to be valuable ... It ... allows the cases seen by different observers to be compared and understood." (32) MEYENDORF (86), der die Existenz von nosologischen Entitäten im Sinne LEONHARDs bezweifelt, hebt

jedoch ihre große praktische Bedeutung für die psychopathologische Schulung des Psychiaters hervor und bemerkt: "Richtet man sein Augenmerk auf diese psychotischen Erscheinungsformen, so findet man tatsächlich LEONHARDs Psychosen".

Diesen ganz oder teilweise zustimmenden Äußerungen zur "Nachuntersuchbarkeit" LEONHARDs halten aber entgegengesetzte Beobachtungen durchaus die Waage: EY (25) hat bei 1oo schizophrenen Endzuständen nur 7o% eindeutig nach KLEIST und LEONHARD bestimmen können, für 3o% trafen mehrere verschiedene Diagnosen zu: für VINAR(118) und RENNERT(1o1) erwiesen sich die Kriterien in Zuordnung und Prognose als nicht verläßlich genug. Letzterer hat in jüngster Zeit erneut seine Schwierigkeiten bei der praktischen Arbeit mit LEONHARDs Konzept beklagt(1oo), stellt diesmal aber sicherlich zu Recht fest, daß seine "Aufteilung den affektiven, antriebsmäßigen, psychomotorischen und sprachlichen Verfassungen größere charakterisierende Bedeutung beimißt als die klassische Auffassung". Daß man hier also in Hinblick auf die Erweiterung des symptomatologischen Wissens etwas lernen kann, scheint niemand bestreiten zu wollen.

Damit möchten wir die Erörterung der beiden Problemkreise, welche in die Diskussion um LEONHARDs Psychosenlehre in besonderem Maße hineinspielen, abschließen. Wir wollten ja vielmehr seine Aufteilung selbst als "geistiges Band" wählen. Dies geschah vor allem aus folgendem Grund: es ergab sich nämlich eine merkwürdige Beobachtung, über deren Ursachen man mit Gewinn nachdenken könnte. Woher kommt es, daß die Fachwelt nach dem gegenwärtigen Stand ihrer Kenntnisse jene Klassifikation weder vollständig akzeptiert noch - was doch im Sinne der "Anti-Nosologie" gewesen wäre - in ihrer Gesamtheit ablehnt?

Bei einer Gruppe von Psychosen hat man sich die Differenzierung LEONHARDs im Grundsätzlichen zu eigen gemacht und

verwendet sie in Praxis und Forschung ohne Bedenken, wobei nicht einmal besonders viele Arbeiten anderer Autoren notwendig waren; eine zweite Gruppe erscheint so problematisch, daß in der hier folgerichtig entstandenen überquellenden Literatur auch immer wieder der Beitrag LEONHARDs aufgegriffen wird; bei einer letzten Gruppe schließlich scheint nicht mehr oder noch nicht das praktische Bedürfnis zu bestehen, sich für ihre innere Aufteilung zu interessieren. Dieser letzten Gruppe wenden wir uns zuerst zu.

1. Die schizophrenen Psychosen

1936 erschienen LEONHARDs "Defektschizophrene Krankheitsbilder" (69), in denen er über seine Beobachtungen an den chronisch Schizophrenen der Anstalt Gabersee berichtet.

Man hatte schon immer jene Gruppe von Kranken gekannt, die nach einem wechselhaften, diagnostisch und prognostisch schwer deutbaren Anfangsstadium mehr oder weniger schnell ein geradezu überraschend einförmiges, oft über Jahrzehnte unverändert bestehendes, den verschiedenartigsten äußeren Beeinflussungen trotzendes Zustandsbild boten. Selbst ohne den ausdrücklichen Rückgriff auf das Verlaufsprinzip als "Königsweg" einer psychiatrischen Krankheitslehre hätte man schon in dem "Starren", "Immer Gleichbleibenden" allein des Querschnitts den Ausdruck eines "Allgemeinen", einer von der Individualität des einzelnen Kranken nicht abhängigen, dieselbe vielmehr weitgehend zerstörenden Krankheit erkennen können, ja vielleicht gerade in jener "Starrheit" - WERNICKE hätte das als "Gepräge", als "Qualität des Krankheitsbildes" (123, S.177) bezeichnet - einen wesentlichen pathognomonischen Unterschied zu anderen Psychosen, die ja oft ebenfalls sehr lange anhalten können, gesehen.

So wurde für die genannte Arbeit ganz bewußt der "ausgebrannte Anstaltsfall" zum experimentum crucis, zur Quintessenz, wo man doch stattdessen gewohnt war und noch ist, hier einer HOCHEschen "trüben Flüssigkeit" gegenüberzustehen. In der Tat nimmt eine der frühesten Besprechungen - sie stammt von KLOOS (60) - die Wahl gerade dieses Krankengutes zum Anlaß ihrer Kritik: neben dem Hinweis auf fließende Obergänge, welcher, wie wir noch sehen werden, von einer bestimmten Gruppe von Rezensenten ins Zentrum der Betrachtung gerückt wird, knüpft sie vor allem daran an, daß man defektschizophrene Krankheitsbilder nicht allein unter Beschränkung auf Anstaltspatienten untersuchen könne, denn alle Fälle, deren "Defekt" nicht die Dauerhospitalisierung erforderlich macht, blieben damit unberücksichtigt. Er wendet zudem ein, - wie(119) später wiederholt - daß "es sich bei manchen der beschriebenen "Defekte" ... mehr um "Anstaltsartefakte" bzw. um "charakterologisch bedingte Verhaltensweisen" handle.

Man hat außerdem des öfteren bemängelt, daß"eine Aufgliederung von den Endzuständen her ... undurchführbar sei, da die uncharakterischen symptomarmen bzw. symptomfreien Formen in der großen Mehrheit" (44) seien, ja man gelangt sogar zu folgender Feststellung, die - wenn sie sich bewahrheiten sollte - eine wahre "Engelsbotschaft" wäre: "Die systematischen Formen sind heute nirgendwo mehr nachzuweisen, selbst nicht in den so verrufenen psychiatrischen Landeskrankenhäusern". (48)

Wir sollten hier vielleicht eine 1968 erschienene Arbeit zu Rate ziehen, die ebenfalls wie LEONHARD 1936 von einer Anzahl (89) jahrzehntelang dauerhospitalisierter Patienten ausgegangen ist, also ein vergleichbares, aber sicher "modern" behandeltes Krankengut enthält, welches außerdem - was nicht mehr für alle Studien dieser Art zutrifft - durch

eine nicht zu kleine Anzahl anschaulicher Kasuistiken charakterisiert wird ([53]).

JANZARIK betont zwar entschieden die Unmöglichkeit einer Differenzierung, welche über eine lockere Typologie hinausginge; dazu habe er viel zu wenig "profilierte Endzustände" gesehen, berichtet dann aber z.B. von "symptomatologisch voll entwickelten Spätformen", bei denen "im Sinne LEONHARDs ... in erster Linie systematische Paraphrenien abzugrenzen" wären (op. cit. S. 34), um zuletzt einzuräumen, es wäre "trotz der in der Sache gelegenen Schwierigkeiten bei entsprechender Intention und in der Querschnittsbetrachtung möglich, einen Katalog von Typen ganz in der Richtung der seit KRAEPELIN und WERNICKE geläufigen Typologien aufzustellen" (op. cit. S.47).

In der Tat läßt das Studim der Krankengeschichten - auch bei den sog. "durchschnittlichen Fällen" nicht selten eine Verdachtsdiagnose nach LEONHARD zu, und bei den kataton beginnenden Verläufen schließlich, wo eine Kerngruppe "episodischer Katatonien" herausgehoben wird, außerdem "die familiäre Schizophreniehäufigkeit ... erheblich über dem Durchschnitt" liege (op.cit. S.14), zeigen sich gerade angesichts der ganz unterschiedlichen Forschungsrichtung unerwartete Übereinstimmungen.

Es ist ganz allgemein erfreulich, wenn im "Streit der Schulen" auch der Wille, sich überhaupt wechselseitige Verständigungsmöglichkeiten offenzuhalten anklingt. Uns kann es hier ja nur darum gehen, über das Für und Wider zu berichten, Entwicklungen aufzuzeigen und vielleicht hie und da eine Kritik auf ihre innere "Stimmigkeit" zu untersuchen.

Im Sinne des letzteren muß man bei dem Hinweis auf das "Uncharakteristische" der meisten Endzustände natürlich die Frage stellen, was demgegenüber als "charakteristisch"

gelten soll. Hier kann der beständige Hinweis LEONHARDs, daß es -bei aller Vielfalt der Bilder - auch eine Anzahl reiner, unverwechselbarer Formen gibt, sicher nicht von Nachteil sein.

Zudem sollte nicht vergessen werden, daß auch ihm eine Gruppe von Kranken eben dadurch auffiel, daß er sie nicht einordnen konnte. Gerade ihre Unspezifität, ihre Wechselhaftigkeit gab ein "Gepräge", ließ Eigenständigkeit vermuten und nach weiteren Unterschieden suchen. Nachdem sich dieselben tatsächlich gefunden hatten (überwiegend periodischer, auch im Endstadium noch schwankender Verlauf sowie eine deutlich höhere familiäre Häufung) wurden diese "unsystematischen Schizophrenien" als eigene Krankheiten von den systematischen abgetrennt. Man hat hier ein gutes Beispiel für Denkweise und methodisches Vorgehen LEONHARDs.

Oberhaupt war diese Abgrenzung der unsystematischen von den systematischen Schizophrenien wohl sein eigenständigster Beitrag zu jener umfassenden Aufteilung, deren übrige wesentliche Komponenten ja schon von KLEIST herausgearbeitet worden waren. Aber nicht nur letzterer hat die Bildung zweier schizophrener Hauptgruppen bald anerkannt, sondern sie fand auch das besondere Interesse eines Forschers, der von ganz anderen Grundlagen ausging: Manfred BLEULER.

Dieser hat bekanntlich die bei seiner großen Langzeitstudie (6) erhobenen Befunde - bei dem verwendeten "weiten" Schizophreniebegriff sicher zu Recht - äußerst vorsichtig dahingehend interpretiert, daß "keine statistisch erfaßte Korrelation (besteht) zwischen Schwere des Verlaufs einer Psychose und dem Fehlen oder Vorkommen von Sekundärfällen in der Familie" (op.cit. S.327) bzw. "daß eine gewisse Neigung zu Konkordanz des Erkrankungsalters, der "Endzustände" und der Verlaufstypen von Schizophrenien zweier Verwandter ... trotzdem gegeben" sei (op.cit. S.4o6).

In seinen ausführlichen Obersichtsreferaten zur Schizophrenieforschung erfährt LEONHARDs Auffassung der systematischen und unsystematischen Schizophrenien eine durchaus sachliche Erläuterung, ja sogar teilweise Zustimmung, z.B. daß sie "früheren Befunden M. BLEULERs" entspräche (7), daß "Vermutungen in dieser Richtung ... weiterhin berechtigt" blieben, auch wenn "die erbbiologische Verschiedenheit der typischen und atypischen Fälle noch nicht als gesichert gelten" dürfe (8), daß sich "in einer wichtigen Hinsicht ... bereits ein gesichertes Ergebnis herausgeschält" habe, nämlich "sobald man von den verschiedensten Gesichtspunkten aus Untergruppen von Schizophrenien bildet, zeigen sie ein recht unterschiedliches Familienbild". (9)

Seine Rezensionen zeichnen sich durch ein sicheres Gespür für die fremde Forscherpersönlichkeit, für die in den Arbeiten zutage tretende individuelle Eigenart aus - eine Betrachtungsweise, welche auf die übermäßige Betonung theoretischer Gegensätzlichkeiten verzichten kann - gerade wenn sie bestehen. "Wir bewundern ... die Kühnheit und Schärfe des klinischen Blickes, der auf Zahlen verzichtend nur aus der Betrachtung der einzelnen Kranken neue Zusammenhänge hervorholt" (7).

Wir kommen nun zu einer Gruppe von Rezensenten, deren Eigenart sich in ihrer Darstellungsweise, in der Hervorhebung gewichtiger grundsätzlicher Probleme und nicht zuletzt durch ihre Gepflogenheit, LEONHARD eine gewisse psychiatriegeschichtliche Position zuzuweisen, deutlich zu erkennen gibt, selbst wenn sie durch Jahrzehnte voneinander getrennt sind. Wir wollen auf jenes hervorstechende und sonst nicht vorkommende "historische" Argument zuerst eingehen.

Die 1937 erschienene Besprechung der "defekt-schizophrenen Krankheitsbilder" von H.W. GRUHLE endet mit den Worten: "Man meint, bei der Lektüre des Buches zuweilen einen der Autoren der Mitte des 19. Jahrhunderts vor sich zu haben, die auch in der Unterscheidung kleiner Gruppen ihre Aufgabe sahen ... Es war das Verdienst von HECKER, KAHLBAUM, KRAEPELIN, die Nutzlosigkeit dieses Beginnens einzusehen und kraftvoll die großen Gesichtspunkte zu geben, vor denen die kleinen Grüppchen"versanken". (41) Ganz ähnlich heißt es bei MAYER-GROSS (82): "The effort by KLEIST and his pupils to split schizophrenia up again into numerous small entities with different syndromes and outcome, must appear, in the absence of any established pathology, as a retrograde step toward the pre-KRAEPELINian confusion of the nineteenth century". Und einem ganz aktuellen Werk zufolge - J. GLATZELs 1981 erschienener "Spezieller Pyschopathologie" (38) -"lieferten KLEIST, LEONHARD... lediglich Symtomgruppierungen unterschiedlicher Komplexität. Sie gingen damit hinter KRAEPELIN zurück und auch hinter KAHLBAUM und HECKER um Anschluß an eine Epoche der Psychiatriegeschichte zu finden... die bestimmt ist durch eine philosophische Nosographie im Sinne PINELs."

Wir wollen dazu nur anmerken, daß auch lange Zeit für überwunden gehaltene Entwicklungsstufen der Psychiatriegeschichte eine unerwartete Renaissance erleben können, wie die Lehre von der Einheitspsychose zeigt. Selbst wenn man zwischen "älteren" und "jüngeren" Autoren Analogien zeigen kann, sollte man damit keine Wertungen verbinden, die weder den einen noch den anderen gerecht werden können. Der Historiker weiß, wie problematisch das Denken in geschichtlichen "Fortschritten" bzw. "Rückschritten" sein kann. Man darf auch nicht vergessen, daß die symtomatologisch begründete Auffassung WERNICKEs, für welche die zitierten Bemerkungen noch am ehesten zuträfen, durch KLEISTs erklärte Beachtung jener KRAEPELINschen "großen

Gsichtspunkte" ein völlig neues Gesicht gewonnen hat (siehe hierzu 26 ,7o ,71)-.

Anhand von GRUHLEs Darstellung (41) könnte man sich außerdem die Frage vorlegen, ob es immer zweckmäßig ist, zuerst ein allgemeines Prinzip aufzustellen, auf dessen Grundlage man sich dann ins Einzelne vertieft: so schreibt er nach einer ausführlichen Erörterung des "bunten Bildes" der Schizophrenie, daß es ihm schwerfalle, bei LEONHARDs Beschreibungen "den wichtigen Gesichtspunkt herauszufinden" und begründet dies z.B. damit, daß ihm eine eigenständige "verbale Halluzinose" (die spätere phonemische Paraphrenie) nicht abgrenzbar erscheine, wo doch "Stimmen fast bei allen Schizophrenien" vorkämen. Hier scheint er von seinem übergeordneten Standpunkt aus die genaue Lektüre vernachlässigt zu haben, denn LEONHARD weist ausdrücklich (69, S.34 ff) auf gewisse innere "Eigenarten der hier beobachteten "Stimmen" hin, durch die ihre Sonderstellung begründet sei". Wenn man hier den Autor mehr beim Wort genommen hätte, wäre eine vertiefte Diskussion und unter Umständen eine wirkliche Widerlegung anhand der Wirklichkeit, nicht der Theorie möglich gewesen.

Starke Beachtung verdient ein Einwand, der auch GLATZEL (38) so wichtig erscheint, daß er in seiner Darstellung mehrmals auf ihn zurückgreift:"Auch die genetischen Befunde sprechen gegen sie (die KLEIST - LEONHARDsche Lehre), indem sie eine außerordentlich große Variationsbreite der schizophrenen Anlage wahrscheinlich machen, die auch symptomatologische Überschneidungen zwischen Schizophrenien und andersartigen Störungen zuläßt". Versteht man unter den "andersartigen Störungen" in erster Linie manisch-depressive Krankheiten, so denkt man hier an die Fülle von Familienuntersuchungen, die ganz im Gegenteil den Schluß zulassen, daß "there has been little crossover between the

two illnesses" (83, wo neben eigenen Befunden auch eine ausführliche Literaturübersicht mitgeteilt wird).

Es ist aber darauf hinzuweisen, daß auch OTHMER (92) in seiner amerikanischen Rezension zu bedenken gibt, daß "the occurence of more than one kind of psychiatric disorder in a family ... is not reflected in LEONHARDs' statistics or case reports". Auch ein Kenner der LEONHARDschen Diagnostik wie ASTRUP konnte bei einem entsprechenden Klassifikationsversuch der Verwandten Schizophrener keine eindeutigen Ergebnisse erzielen: "I found that 3o% of the schizophrenic relatives had identical types of psychosis. That means that 7o% of the relatives of the psychotics had other types .. On the average I think I had more than 5o% for one or two subgroups, and in some subgroups practically no relatives had identical clinical states" (3).

Man sieht, daß es sicher am sinnvollsten ist, ein Werk, das sich selbst als Ausdruck der empirischen Wirklichkeit versteht, gerade anhand der mitgeteilten Beobachtungen zu überprüfen. So kreist z.B. CONRADs Besprechung(19) um eine Fallbesprechung aus der "Aufteilung" (Fall 32 in (68)), wobei die diagnostischen Schwierigkeiten, die sich bei gleichzeitiger Beobachtung schizophrener und affektiver Symptome ergeben können, deutlich werden und HUBERs Rezension (von 1967 (49) und 1979 in (47)) weist auf gewisse "innere Schwächen" des Systems hin, z.B. das Vorkommen nicht vollständig reversibler Verläufe bei hypochondrischer Euphorie, was die Differentialdiagnose zur hypochondrischen Paraphrenie erschwere, ferner auf die nicht immer periodischen, sondern schleichenden Verläufe bei affektvoller Paraphrenie, auf das fehlende Fortschreiten mancher systematischen Schizophrenien etc.

Solche Beobachtungen könnten in der Tat zur Widerlegung anhand der praktischen Erfahrungen selbst führen. In der Betonung von Einzelaspekten liegt aber die Gefahr, dem diagnostischen Vorgehen unseres Autors nicht gerecht zu werden, der selbst schreibt: "Es kommt dabei - dies sei sehr betont - immer auf Symptomverbindungen an ... Gerade dadurch wird die Abgrenzung der Einzelform so bestimmt, daß man immer eine feste Symptomverbindung feststellen muß, ehe man die Diagnose stellen darf". (68 S. 163) Wenn z. B. bei einem Patienten mit allen Zeichen einer nach LEONHARD definierten, langjährig bestehenden hypochondrischen Paraphrenie zugleich - ohne Neuroleptikatherapie - regelmäßig auch ein "Gegengreifen" und damit verbundenes "Murmeln" zu beobachten ist und in der Familie gehäuft schubweise verlaufende Katatonien vorkommen, so würde eine solche Beobachtung, die man bei einem "bunten Bild der Schizophrenie" durchaus erwarten könnte, schwere Zweifel an LEONHARDs Auffassungen wecken. Ein verstärktes Bemühen um differenzierte Krankenbeschreibung wäre geeignet, hier Klarheit zu schaffen.

So stimmen wir H.H. MEYER voll und ganz zu, für den "der energische Hinweis auf die Beobachtung feiner psychopathologischer Besonderheiten bei den endogenen Psychosen heute mehr denn je am Platze ist" (87). Gerade die eingehende Beschreibung psychomotorischer Erscheinungen, wie sie KLEIST und LEONHARD im Gefolge WERNICKEs gegeben haben, welcher letztere ja sogar die Meinung vertrat, daß für den Psychopathologen letztlich "nichts Anderes zu beobachten ist als Bewegungen, und daß die gesamte Pathologie der Geisteskranken in nichts Anderem besteht, als den Besonderheiten ihres motorischen Verhaltens" (op.cit. S.13), ist in weiten Kreisen der Fachwelt lebhaft begrüßt worden, so etwa von WEITBRECHT(120), der - bei aller Distanz - die "in dieser detaillierten Form weder vorher noch nachher erreichte Schilderung mannigfacher Varianten psychomotorischen Verhaltens" hervorhebt.

Interssanterweise hat gerade dieser Forschungsbeitrag mehrere Jahre vor Erscheinen der englischen Obersetzung zu einem Echo in den Vereinigten Staaten geführt: YARDEN et al. (128) haben über eine Gruppe von jungen, erstbehandelten Schizophrenen "with choreiform or athetoid movements" (nach den leider nur k ppen Beschreibungen könnte man an parakinetisch und manieriert Katatone denken) berichtet, die sich von einer schizophrenen Vergleichsgruppe durch früheren Erkrankungsbeginn, chronischen Verlauf und zunehmender Verschlechterung unterschieden, und TSUANG und WINOKUR (115) beschreiben ebenfalls an jugendlichen Patienten "hebephrenic traits of motor symptoms ... usually involving a single part of the body, eg. grimaces, tics, moving lips soundlessly, fidgeting with fingers, hand wringing, thigh rubbing etc.", wobei sich ein Zusammenhang mit ungünstigem weiteren Verlauf ergab. Letztere Autoren kommen zu dem Schluß "that subtype differentiation can be supported by the available data, and that such differentiation has predictive value for the course and outcome of the patient and for the prediction of familial risk for schizophrenia".

Demgegenüber stößt in einer erst vor kurzem erschienen deutschsprachigen Monographie über "Katatonie - ein Modell psychischer Krankheit" ein derartiger Differenzierungsversuch auf entschiedene Ablehnung: "LEONHARD treibt die symptomatologische Ausgestaltung seiner einzelnen katatonen Typen bis in eine heute kaum noch verstehbare, noch weniger klinisch brauchbare Spezialisierung hinein, die schon Zweifel an den angegebenen Verlaufstypen, noch mehr aber an den angegebenen erbbiologischen Bedingtheiten aufkommen läßt. Hier resultiert eine unhaltbare, scheinbar differenzierte und ausgewogene symptomatologische Systematik, die aber wenig mehr ist als ein nur zufälliges Nebeneinander von unscharfen syndromatischen Bezeichnungen" (56).

Zum Schluß unserer Erörterungen über die Aufteilung der schizophrenen Psychosen kommen wir auf einen Aspekt zu sprechen, den man in LEONHARDs Darstellung völlig zu Recht lange Zeit vermißt hat - wie sich jetzt herausstellt, ergab sich sein Fehlen nicht daraus, daß der Autor ihn für unwichtig gehalten hätte, vielmehr schien ihm eine Klärung dieser Fragen erst möglich zu werden, nachdem er auf der Grundlage seiner Krankheitsauffassungen hier zu neuen Erkenntnissen gelangt war. Es handelt sich um das Problem der psychologischen Faktoren in der Entstehung der Schizophrenien.

Auf eine mangelnde Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte ist früher wiederholt von PAULEIKHOFF ([93],[94],[95]) und auch von RENNERT([101]) hingewiesen worden: "Seine Krankengeschichten berichten ausführlich über das psychotische Bild, geben aber sonst kaum Auskunft über die seelischen Bedingungen der Erkrankung. Wir zweifeln, ob diese Methode ausreicht, um im Bereich der endogenen Psychosen klinische Krankheitsgruppen genügend sicher abgrenzen und schließlich ihre Ursachen finden zu können" ([94]).

Hier konnte LEONHARD aufgrund seiner Auffassungen über die Sonderstellung der systematischen Schizophrenien - auf deren niedrige genetische Belastung er schon immer hingewiesen hatte - Befunde seiner Zwillings- und Familienforschung im Sinne einer derartigen psychosozialen Mitverursachung deuten, worüber in der letzten Auflage seiner "Aufteilung" berichtet wird. Interessant sind vor allem die dabei angesprochenen Themenkreise, welche zu neuen Fragestellungen Anlaß geben können: neben den heute weit verbreiteten Forschungen zur frühen Kindheit und zum Elternverhältnis Schizophrener treten hier der Autismus in der Pubertät und die Stellung in der Geschwisterreihe in den Vordergrund. Auch "sozio-therapeutische" Vorschläge werden gemacht.

Damit wenden wir uns einer Gruppe von Psychosen zu, welche unter Bezeichnungen wie "atypisch", "Mischpsychosen", "schizoaffektive Psychosen" uvm. an der KRAEPELINschen Zweiteilung in ihrer starren Form Zweifel erweckt haben. Daß sich heute bei uns eine Typologie auf einheitspsychotischer Grundlage und eine KLEIST-LEONHARDsche Nosologie mit ihrer Sondergruppe der "zykloiden Psychosen" gegenüberstehen, ist vielleicht der beste Beweis für ihre Existenz.

2. Die zykloiden Psychosen

Wie man weiß, heilen von allen Psychosen, die man unter Zugrundelegung eines "weiten" Schizophreniebegriffs als solche diagnostiziert, nahezu ein Viertel ohne Residuum ab. Für die weitere Forschung ergibt sich angesichts dieser Sachlage nahezu zwingend die Frage, worin sich denn diese geheilten Psychosen von den anderen unterscheiden lassen und dies zu einem möglichst frühen Zeitpunkt. Man sollte die Warnung KLEISTs (59) beherzigen und im Verlauf der Psychosen nicht ein "Schauspiel des Zufalls" erblicken.

Dennoch wird immer wieder erklärt, eine Prognostik sei von vornherein nicht möglich bzw. diejenigen Autoren, die benigne und maligne Schizophrenien voneinander abgrenzen (z.B. in den skandinavischen Ländern im Gefolge von LANGFELDT (65), begingen eine "petitio principii", weil sie nur das, von dem sie nach dem bisherigen Verlauf bereits wüßten, daß es "unheilbar" sei, als Schizophrenie gelten lassen wollen. Immer wieder sind aber Arbeiten erschienen, die über einen überraschend hohen Prozentsatz richtiger Prognosen berichteten (z.B. 80% bei VAILLANT(117)), immer wieder wurde auch im deutschen Sprachraum unabhängig von LEONHARD der Versuch gemacht, zwischen affektivem und schizophrenem Formenkreis eine Gruppe eigenständiger Psychosen abzugrenzen - man denke

etwa an die "oneiroiden Emotionspsychosen" von BOETERS (11) oder an die Amentia von PAULEIKHOFF, deren Beschreibungen große Ähnlichkeiten mit LEONHARDs Angst-Glücks-Psychosen bzw. Verwirrtheitspsychosen aufweisen.

Gerade in den letzten Jahren ist, wie JANZARIK bemerkt (54), eine "Tendenz zur Wiedereinengung des Schizophrenie-begriffs" festzustellen, dies nicht zuletzt unter dem Einfluß amerikanischer Autoren, welche benigne und maligne Verläufe nach klar definierten Kriterien abgrenzen und feststellen, daß auch das Familienbild eine solche Unterscheidung zuläßt, ja sogar den Schluß nahelegt, es handele sich bei den benignen Verläufen eher um Spielarten affektiver Psychosen (18-116). Diese Arbeiten sind auch methodisch richtungsweisend, da die Untersuchung der Probanden und ihrer Familien voneinander unabhängig im Sinne einer Blind-Studie erfolgte. Gerade die Betonung der Affektivität könnte viele Berührungspunkte zu den Auffassungen LEONHARDs bieten, dessen zykloide Psychosen ja letztlich auch aus einem pathologischen Affekt im Sinne SPECHTs(106) entspringen.

Wir wollen aber der Frage nicht ausweichen, warum die Mehrheit deutschsprachiger Psychiater den Bemühungen um eine exakte Prognostik so skeptisch gegenübersteht. Hierzu eine allgemeine Oberlegung, die zeigen soll, daß sich Mißverständnisse geradezu zwangsläufig ergeben müssen, wenn man verschiedene nosologische Bezugssysteme, die an sich völlig gleichberechtigt nebeneinanderstehen, gegeneinander ausspielt. Wie kommt ein solches Bezugssystem überhaupt zustande?

Voraussetzung ist, daß ein Psychiater seine Erfahrung mit den zahlreichen, immer wieder neuen Einzelfällen, die ihm in seiner Praxis begegnen, dazu verwendet, um im Individuellen das Allgemeine zu erkennen, d.h. er bildet Gruppen von Kranken. Diese Gruppen lassen sich

umso deutlicher voneinander abheben, je mehr Ähnlichkeiten sie in sich fassen und je mehr verschiedene Unterschiede zwischen ihnen bestehen. Wie viele solcher Gruppen sind überhaupt möglich? Wir erblicken hier ein Spektrum, an dessen einem Ende eine einzige große Gruppe steht - die "Einheitspsychose" nämlich - und dessen anderes Ende von unendlich vielen Gruppen gebildet wird - und zwar handelt es sich hier um jeden einzelnen Kranken, welcher als eine "Gruppe" für sich gelten kann. Zwischen diesen beiden Extremen verteilen sich etwa ein nosologisches Bezugssystem von zwei Gruppen - Schizophrenie und Zyklothymie - oder eines aus 35 Gruppen - dasjenige LEONHARDs. Entscheidend ist nun, daß man - um einen einzelnen Kranken einer Gruppe zuzuordnen - umso mehr Zeit braucht, je mehr Gruppen ein System umfaßt. Will man eine "Psychiatrie des Einzelfalls" betreiben, dann kostet es sehr viel Zeit, um nachzuweisen, daß ein Kranker B wirklich in allen Zügen einem Kranken A entspricht. Daß A und B beide eine "Einheitspsychose" haben, läßt sich sehr viel schneller sagen. Entsprechend verhält es sich mit der Prognostik. Sie ist umso exakter, je mehr Gruppen voneinander abgegrenzt werden, die Zuordnung erfordert dann aber auch mehr Zeit, weil mehr Kriterien zu berücksichtigen sind. In unserem Zusammenhang wollen wir nur darauf hinweisen, daß man - wie geschehen (1o1,5o) - einem System aus 35 Gruppen nicht diese seine eigene Vielzahl zum Vorwurf machen sollte: für eine differenzierte Prognostik ist eben auch ein differenziertes System notwendig.

Unser besonderes Interesse gebührt nun der Symptomatologie von LEONHARDs zykloiden Psychosen im Vergleich mit den benignen, schizophrenieformen usw. Psychosen anderer Autoren. Es gibt hier beträchtliche Übereinstimmungen. So nennt z.B. VAILLANT(117) unter seinen Kriterien mit günstiger Prognose als bedeutsame Faktoren "confusion" und "heredity positive for affective psychosis", LANGFELDT (65) hebt genau wie LEONHARD als besonders

charakteristisch die Vielgestaltigkeit der betreffenden Bilder hervor ("a mixed picture, especially with admixtures of manic-depressive-traits"), WELNER und STRÖMGREN erwähnen als charakteristisch die Abhängigkeit der Symptome vom Affekt(122) ("presence of katathymik features in their reactions") und NOREIK et al. (91) bemerken unter ihren "atypical schizophrenias" die Heterogenität der Bilder (welche in ihren Augen allerdings die Gültigkeit prognostischer Aussagen beschränkt) und nennen als prognostisch günstige Symptome "confusion and depression".

Im deutschen Sprachraum haben LEONHARDs genetische Befunde schon früh Anerkennung gefunden; wir beziehen uns hier auf das ausführliche Obersichtsreferat von BRAUN (13) "... glaubt auch LUXENBURGER, daß ein erbbiologischer Zusammenhang der Angstpsychose mit dem manisch-depressiven Irresein und auch der Schizophrenie nicht bestehe und bestätigt damit LEONHARDs Ansichten. SKALWEIT (1o5) stützt sich auf Beobachtungen von DRETLER (23), welche offenbar die Untersuchungen LEONHARDs großenteils bestätigen, wonach sich am häufigsten eine gleichartige Belastung der nächsten Verwandschaft mit gemischten und nicht eine doppelte Belastung mit schizophrenen und zirkulären Psychosen findet".

Erst in letzter Zeit wurde erneut hervorgehoben (88) daß "Zwillingsforschung und Familienuntersuchungen zeigen ... daß sich das Konzept einer Einheitspsychose nicht aufrechterhalten läßt". Dieselben Autoren kommen - vielleicht noch etwas verfrüht - zu dem Schluß, daß LEONHARDs "Konzept der zykloiden ... Psychosen als Sonderform zwischen schizophrenen und affektiven Formen heute allgemeine Anerkennung gefunden" habe.

An dieser Stelle möchten wir uns nochmals mit der Verlaufsstudie von HUBER et.al (47) auseinandersetzen. Nur am Rande wollen wir erwähnen, daß dieser Autor in

seiner LEONHARD-Rezension (47 u. 49.) eine "systemimmanente" Kritik befolgt hat und darauf hinweist, daß LEONHARD selbst genügend Befunde geliefert habe, die sein eigenes Prinzip widerlegen, so etwa, wenn er bei den grundsätzlich nie zu Defekten führenden Angst-Glückspsychosen dennoch in etwa einem Drittel der Fälle Defekte beobachtete, welche also als Fehldiagnosen zu gelten hätten. Diesem in der Tat gewichtigem kritischem Einwand können wir leider nicht nachgehen, da sich in den von uns benutzen Auflagen der "Aufteilung" keine entsprechenden Angaben über Fehldiagnosen bei zykloiden Psychosen finden ließen. Auch die 1964 erschienene "Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen (72)" enthält keine Angabe über einen so hohen Prozentsatz von Fehldiagnosen bei zykloiden Psychosen. Vgl. auch die überwiegend zustimmenden Rezensionen dieser Arbeit (24-104).

Von besonderem Interesse im Rahmen unserer Untersuchung sind die statistischen Zusammenhänge, die sich zwischen den von HUBER abgegrenzten 31 Initialsymptomen und der Dauerprognose ergeben. Zunächst wollen wir die Frage stellen, ob diese Initialsymptome tatsächlich ausreichen, dem psychotischen Zustandsbild wirklich in allen Zügen gerecht zu werden. LEONHARD würde sich z. B. kaum mit der Beobachtung von "katatonen Symptomen im Sinne des Hyper- und Hypo-" zufriedengeben - man denke nur an die zahlreichen Aspekte, die man beachten muß, um einen Stupor der Ratlosigkeit von einer Akinese der Motilitätspsychose, vom eigentlichen Stupor der periodischen Katatonie und schließlich von katatonen Phänomenen bei systematischen Formen abzugrenzen. Wir erinnern hier wieder an KRAEPELINs Forderung nach genauer Erfassung aller Symptome, vor allem einer beständigen Suche nach "neuen" Krankheitszeichen.

Könnte man nun zwischen den sechs Sympotmen, die nach HUBER mit einem günstigen Ausgang korreliert sind und den Beschreibungen, die LEONHARD von seinen zykloiden Psychosen gibt, einen Zusammenhang herstellen, handelt es sich um ein und dieselben Erscheinungen, durch verschiedene Augen gesehen? Hierfür sind HUBERs Ausführungen wohl zu knapp, eine Antwort auf diese Frage zu geben, war ja wohl auch gar nicht seine Absicht gewesen. Immerhin könnte man bei Symptomen wie "wahnhafte Personenverkennungen, endogenen depressiven Verstimmungen und Wahngedanken, katatone Hypersymptome und Fehlen von akustischen Halluzinationen 1. Ranges" durchaus an Erscheinungen, wie sie LEONHARD bei den zykloiden Psychosen beschreibt, denken. Interessant ist ferner, daß HUBER bei seinen ebenfalls günstigen Symptomen "autopsychische und allopsychische Depersonalisation" auf das Vokabular des meisterhaften Beschreibers akuter Psychosen, auf Carl WERNICKE, zurückgreift.

Wir kommen nunmehr zu den Studien, die vom diagnostischen Konzept der zykloiden Psychosen ausgehen und als von LEONHARDs Schule unabhängige bzw. bedingt abhängige Nachuntersuchungen aufgefaßt werden können. Hier fanden sich insgesamt nur drei Arbeiten. Allen gemeinsam ist ein retrospektives Vorgehen, dh. sie gehen von einem bekannten Verlauf aus und beleuchten unter dieser Voraussetzung Symptomatologie, Familienbild etc.

Zunächst wäre die Studie von KROGER (64) über "Nachuntersuchungen bei Psychosen, die im Sinne der KRAEPELIN-BLEULERschen DIAGNOSTIK als Schizophrenien aufgefaßt wurden" zu nennen. Sie enthält ausführliche Krankengeschichten, greift aber nur auf eine geringe Zahl von 15 Fällen zurück, die bei einer 1-2 Jahre nach Entlassung erfolgten Nachuntersuchung als psychisch gesund gelten konnten. Von diesen konnten 12 mit Sicherhiet den zykloiden Psychosen zugeordnet werden, nachträglich wohlge-

merkt. Bei prospektivem Vorgehen hätten sich aber, wenn wir die hier etwas unklaren Ausführungen KROGERs richtig verstehen, in der Hälfte dieser Fälle differentialdiagnostische Probleme ergeben, d.h. die Studie wirft auf die "Nachvollziehbarkeit" der LEONHARDschen Diagnostik kein allzu günstiges Licht - ein Schluß, den der Autor selbst jedoch nicht zieht.

Unsere besondere Aufmerksamkeit gebührt der Arbeit von C. PERRIS "A STUDY of Cycloid Psychoses" (93), handelt es sich doch hier um eine echte klinische Nachuntersuchung, nicht nur um eine theoretische Auseinandersetzung mit einem diagnostischen Konzept LEONHARDs. Ihre große Schwäche ist aber, daß es sich bei den 60 Patienten um eine Auslese nach den Angaben der Krankengeschichte handelt, d.h. es liegt hier tatsächlich eine petitó pricipii vor, denn es fanden nur diejenigen Fälle Eingang in die Studie, bei denen der günstige Verlauf bereits bekannt war.

Dies ist auch der Haupteinwand, welchen CUTTING et al. (20) gegenüber der Arbeit von PERRIS erheben. Diese Autoren kommen zu dem Schluß, daß "this does not consolidate its position as an indepedent nosological entity ... without sufficient knowledge of the means by which these categoriesmight be validated... the idea of an atypical psychosis is hard to justify ".

Immerhin kommt PERRIS bei seinen Familienuntersuchungen zu dem Schluß, daß "the hereditary loading ist mainly homotypical. In no instance was there a combined schizophrenic-manic-depressive heredity and the incidence of both schizophrenic and manic depressive psychosis seperately is on the whole very low". Ferner gibt es seiner Meinung nach zahlreiche Oberschneidungen zwischen den drei Unterformen der zykloiden Psychosen, was deren diagnostische Brauchbarkeit wieder etwas in Frage stellt.

Wir halten als Ergebnis fest, daß die bisherigen Arbeiten weder zur Zustimmung noch zur Ablehnung von LEONHARDs Konzept der zykloiden Psychosen Anlaß geben können. Vor allem aber wäre hier die Durchführung einer prospektiven Studie das Gebot der Stunde.

3. Die affektiven Psychosen

Wir können uns hier kurz fassen. Seit den Arbeiten von WINOKUR(127) bzw. ANGST und PERRIS (2) kann als gesichert gelten, daß - wie LEONHARD schon immer hervorgehoben hat - die manisch-depressive Krankheit keine Einheit darstellt, sondern sich auf Grund unterschiedlicher hereditärer Belastung ohne wesentliche Oberschneidung in zwei getrennte Gruppen, nämlich die bipolaren und monopolaren affektiven Psychosen bzw. nach LEONHARD in die vielgestaltige Zyklothymie einerseits und in reine phasische Psychosen andererseits gliedert. TRZEBIATOWSKA-TRZECIAK hat die genannten Arbeiten vor einigen Jahren nachuntersucht(114) und gelangt zu den gleichen Ergebnissen. Es wurde sogar LEONHARDs Beobachtung einer höheren Belastung bipolarer Psychosen bestätigt.

Es überrascht, wie wir schon früher hervorgehoben haben, daß LEONHARDs Aufteilung der endogenen Psychosen sozusagen am affektiven Endesseines Krankheitsspektrums so rasch Anerkennung gefunden hat, während bei zykloiden und schizophrenen Psychosen erst so wenig Nachuntersuchungen vorliegen, hier also ein endgültiges Urteil noch gar nicht möglich ist. Der Grund hierfür liegt unseres Erachtens in der schwierigeren Psychopathologie der letzteren Krankheitsgruppen. Bipolare und monopolare affektive Psychosen auseinaderzuhalten ist sehr viel einacher als etwa die Diagnose einer bestimmten zykloiden Psychose oder systematischen Schizophrenie; dieser klinnische Blick ist aber die entscheidende Voraussetzung, um mittels genetischer Untersuchungen die Sonderstellung einer Krankheitsform nachzuweisen. Anders ausgedrückt: der Genetiker ist stets auf die Untersuchungskunst des Klinikers angewiesen, nicht umgekehrt.

V. LEONHARDs Persönlichkeitsdiagnostik und Neurosenlehre

1. Die akzentuierten Persönlichkeiten

Das 1976 in 2. Auflage erschienene Werk ([73]) greift auf die Darstellung der "Normalen und abnormen Persönlichkeiten" von 1964 zurück, erfährt demgegenüber aber eine bedeutende Bereicherung, indem es auf die Fülle charakteristischer Gestalten, welche die Dichtkunst aller Zeiten geschildert hat, zurückgreift. Nahezu die Hälfte des Buches befaßt sich in diesem Sinne mit der schöngeistigen Literatur. Die akzentuierten Persönlichkeiten, aus welchen nach LEONHARD etwa die Hälfte der Bevölkerung besteht, sind nicht mit abnormen Persönlichkeiten zu verwechseln, ihre Eigenart kann sie im Gegenteil unter günstigen Umständen zu besonders positiven Leistungen befähigen, welche die "normalen" Menschen nicht erreichen. Genauso leicht können sie sich aber auch abnorm entwickeln. LEONHARD hat klar geschildert, wie aus jeder einzelnen akzentuierten Wesensart die ihr speziell zugehörige Form von Neurose bzw. Psychopathie entsteht und einen Weg gezeigt, mittels gezielter Fragen zu einer Orientierung über die bestimmenden Wesenszüge eines Menschen zu gelangen. Im besonderen unterscheidet er die Charakterzüge des demonstrativen, übergenauen, übernachhaltigen und ungesteuerten Wesens, die Temperamentszüge der hyperthymen, dysthymen, stimmungslabilen, überschwenglichen, ängstlichen und emotiven Art, beschreibt Kombinationsformen und schildert schließlich die extravertierte und introvertierte Wesensart, die er durch einen grundlegenden Gegensatz der Denkhaltung charakterisiert sieht.

Zu dieser Persönlichkeitslehre fanden sich fünf Rezensionen, davon zwei über die normalen und abnormen Persönlichkeiten und weitere drei über die "Akzentuierten Persönlichkeiten". Bei letzterem handelt es sich um das neben der "Aufteilung der endogenen Psychosen" wohl

bekannteste und am weitesten verbreitete Werk LEONHARDs, das man, wie DIETRICH in seiner Rezension (21) bemerkt, mit vollem Recht "an die Seite der 'Psychopathischen Persönlichkeiten' K. SCHNEIDERs zu stellen hat". Übereinstimmend heben die Rezensenten (21-89) die lebendige und praxisnahe Form der Darstellung hervor und begrüßen die Hinwendung zur klinischen Wirklichkeit, zum Menschen - dies gerade in einer Zeit, wo "die Psychiatrie ... von einer manchmal etwas unkritisch anmutenden Überschätzung quantifizierender und experimenteller Methoden beherrscht wird (1). Auch der Versuch die abgegrenzten Persönlichkeitsstrukturen durch Gestalten der Dichtkunst anschaulich zu machen, wird einhellig begrüßt.

Dem möglichen Vorwurf, hier werde in eine "Schublade" gezwängt, was in Wirklichkeit viel schwieriger zu erfassen sei, begegnet W. KLAGES (57) mit den Worten: "Warum sollte nicht ein Erfahrener versuchen, eine ordnende Hand anzulegen, um die Fülle der Wesenszüge etwas übersehbarer zu machen und eine plausible Terminologie zu finden. Entscheidend bleibt, daß bei einem solchen Konzept der Autor sich der manchmal etwas eigenwilligen Note selbst bewußt bleibt. Das ist hier durchaus der Fall". Gerade jene "eigenwillige Note" wird aber bei STUTTE (113) Anlaß zur Kritik, indem er die "skotomatöse Einengung auf die eigene Perspektive und das Fehlen jeglicher kritischer Auseinandersetzung mit anderen Arbeiten zum gleichen Thema" bemängelt.

MOLLER-HEGEMANN (89) schließlich regt zu Nachuntersuchungen an und hebt das allgemeine Interesse hervor, über die "Validität der erwähnten Methoden einer 'Persönlichkeitsdiagnostik', auch mit Hilfe eines Blindversuchs, Genaueres zu erfahren".

2. Die Individualtherapie der Neurosen

Diesem 1963 erschienen Buch (78) war 1959 die "Individualtherapie und Prophylaxe der hysterischen anankastischen und sensohypochondrischen Neurosen" vorhergegangen, nachdem LEONHARD eine eigene, ausschließlich auf die Behandlung von Neurosen ausgerichtete Station seiner Klinik eröffnet hatte. LEONHARD lehnt eine globale Theorie und Therapie der Neurosen ab und tritt demgegenüber für ein je nach Art der neurotischen Entwicklung unterschiedliches Vorgehen ein, welches auf die zugrundeliegenden verschiedenen Wesensarten zugeschnitten ist. So wird eine Vielzahl krankhafter Erscheinungen - von den Hauptgruppen der hypochondrischen, anankastischen und hysterischen Neurosen, die sich in ihrer Häufigkeit wie 4:2:1 verhalten, bis hin zur Anorexia nervosa, Impotenz oder vegetativen Dystonie -differenziert besprochen und ihre Behandlung in oft bemerkswert detaillierten Handlungsanweisungen dargestellt. Diese Therapie räumt der Persönlichkeit des Neurotikers nicht weniger Bedeutung ein als der unmittelbaren Beseitigung der Krankheitssymptome und läßt sich durch die Nennung ihrer vier Hauptprinzipien: Ablenkung, Belastung, Gewöhnung, Umerziehung oder ein - übrigens unzutreffendes - Schlagwort wie "Verhaltenstherapie" nicht genügend charakterisieren. Hervorzuheben ist die statistische Aufarbeitung der Erfolge, welche inzwischen mehr als tausend Patienten umfaßt.

Bei unserer Darstellung der Diskussion sind wir auf vier Buchbesprechungen angewiesen. Auch hier - wie bei den "akzentuierten Persönlichkeiten" - stimmen alle Rezensenten (22-1o2) darin überein, daß in diesem Werk der Kliniker "viele Anregungen für die praktische Arbeit finden kann, besonders wenn er Obungsverfahren aufgeschlossen gegenübersteht" (22); BRÄUTIGAM (12) spricht geradezu von einem begrüßenwerten "therapeutischen Elan", be-

dauert das Fehlen einer auf die klinische Empirie zugeschnittenen speziellen Neurosenlehre und geht der Frage nach, ob LEONHARDs Werk diese Lücke schließen kann. Hier findet er aber Anlaß zu folgender herben Kritik: "Sicher ist die LEONHARDsche psychotherapeutische Methode die unindividuellste aller bekannten Psychotherapien ... Hier wird deutlich, Neurose ist eine Schwäche, eine durch Zufall entstandene schlechte Angewohnheit, die dem Patienten wieder ausgetrieben werden soll". BRÄUTIGAM bemängelt hier das angeblich fehlende Eingehen auf die Entwicklungsgeschichte der Neurosen und hat dabei die Psychoanalyse im Auge, welche in der Tat von LEONHARD nicht in Betracht gezogen wird (9o).

Er läßt aber außer Acht, daß LEONHARD sehr wohl die abnorme Entwicklung, welche zur neurotischen Fehlhaltung führt, nachzeichnet, wobei er sich aber eigenständiger, von der Psychoanalyse unabhängiger Begriffe bedient - man denke hier an das "Hin und Her" der "mittelbaren Gefühle". Um die Pathogenese der Neurosen zu verstehen, so wie LEONHARD sie sieht, ist also eine Kenntnis der von ihm ebenfalls eigenständig erforschten Normalpsychologie notwendig. Warum LEONHARD sich mit der Psychoanalyse nicht auseinandergesetzt hat, geht aus einer Stelle seiner "Selbstdarstellung"(67) hervor, wo er schreibt, er habe sich stets gewundert, wie man aus so wenig Voraussetzungen bzw. klinischen Erfahrungen heraus so weitreichende Schlußfolgerungen ziehen könne.

Wenn BRÄUTIGAM ferner schreibt, daß es unklar bleibe, was mit Individualtherapie eigentlich gemeint sei, so ist zumindest ein Rezensent, nämlich ROSA (1o2) tiefer in das Werk eingedrungen und hat erkannt, daß "der Individualtherapie die Differenzierung des Individuums vorauszugehen hat", d.h. man muß zuerst die Wesensart eines Patienten kennen, um zu verstehen, warum er unter gewissen Umweltbedingungen eine neurotische Entwicklung genommen hat.

Es stößt aber offensichtlich auf BRÄUTIGAMs Widerwillen, die individuelle Persönlichkeitsstruktur in die "eigenwillig entwickelten Psychopathieformen" einzuordnen. Bei der Einteilung der Neurosen weist er ferner darauf hin, daß die getroffenen Unterscheidungen schwer durchzuhalten seien, als Beispiel beruft er sich dabei auf die Differenzierung der ideohypochondrischen von der sensohypchondrischen Entwicklung.

3. Kinderneurosen und Kinderspersönlichkeiten

Das 1963 erstmals und 1967 in 3. Auflage erschienene Buch ([79]) greift auf 7o statistisch ausgewertete Fälle zurück. LEONHARD schlägt hier eine Diagnostik vor, die von den vielfältigen beobachteten kindlichen Fehlhaltungen ausgeht. Es werden 13 solcher Fehlhaltungen abgegrenzt, von der pathologischen Widersetzlichkeit, Hemmungslosigkeit, Eifersucht usw. bis hin zur Monomanie. Jede einzelne Fehlhaltung wird daraufhin untersucht, inwieweit sie auf einem Erziehungsschaden oder auf der Wesensart des Kindes beruht. Bei den kindlichen Persönlichkeiten vermag er alle Auffälligkeiten wiederzuerkennen und zu klassifizieren, die er bereits bei den akzentuierten Erwachsenen beschrieben hatte. Die Erziehungsschäden werden wiederum weiter unterteilt in brutale Erziehung, Einengung im gesamten Lebensraum, Pendelerziehung, Gängelerziehung und Fehlen der Erziehung. Des weiteren werden psychotherapeutische Folgerungen gezogen.

Zur Diskussion fanden sich drei Rezensenten, die übereinstimmend die Eigenständigkeit des Werks würdigen (66 - 11o); LEMPP (66) spricht geradzu von einem "Buch, das sehr von dem abweicht, was im westlichen Kulturkreis bisher über die kindlichen Neurosen und ihre Entstehung gesagt und geschrieben wurde". GÖHLER (39) äußert Bedenken, ob sich die "sehr diffizile subtile Nomenklatur des Autors sowohl im Hinblick auf die Persönlichkeitsstruktur als auch in Bezug auf die Gruppierung der Neurosen durchzusetzen vermag", bzw. ob "in der Praxis eine so weitgehende Unterteilung möglich bzw. überhaupt pathognomisch gerechtfertigt ist". VON STOCKERT spricht in diesem Zusammenhang von einer "statisch konstitutionellen Charakterologie" (11o). Wir konnten keine Antwort auf die Frage finden, warum die Rezensenten eine derartige Scheu vor hochdifferenzierten und detaillierten Unterteilungen, die zudem stets auf dem Boden der klinischen Empirie bleiben, haben.

VI. LEONHARDs Psychologie

1. Die Biologische Psychologie

Die große Liebe LEONHARDs zur Psychologie geht z.B. aus einer Stelle seiner "Selbstdarstellung" (67) hervor, wo er schreibt: "Besonders gerne las ich die medizinische Psychologie und hatte hier, wie ich glaube, gerade deshalb immer ein volles Kolleg, weil ich ganz das bringen konnte, was meiner eigenen wissenschaftlichen Forschung entsprang". So entstand die "Biologische Psychologie" (75), die 1972 in der 5. Auflage erschienen ist. Der Zusatz "biologisch" soll zum Ausdruck bringen, daß es bei der Erforschung des Seelenlebens auf eben diese lebendigen Grundkräfte ankommt, die den psychischen Vorgängen ihre materielle Grundlage geben. Dennoch ist keine "physiologische Psychologie" entstanden, wenn auch bei der Darstellung der Triebe, Instinkte und Sinne Vorstellungen der Physiologie und Verhaltensforschung dominieren, sondern die Darstellung weitet sich vielmehr zu einer Allgemeinen Psychologie, die ein Bild der Seele als Wechselspiel sich gegenseitig durchdringender, aber dennoch durch die Beobachtung in ihrer jeweiligen Eigenart abgrenzbarer Schichten und Kräfte zeichnet. So sondert er - im Anklang an M. SCHELER - das Gefühlsleben in 5 Schichten, nämlich die Triebgefühle und Instinktgefühle, welche scharf voneinander unterschieden und in zahlreiche Einzelerscheinungen gegliedert werden, sowie die Sinnesgefühle, assoziativen und mittelbaren Gefühle, unterscheidet 4 Denkkräfte, 2 Kräfte der Bewußtseinsweite, 2 Kräfte der Gefühlsvermittlung und 8 Willenskräfte. Er klärt das Verhältnis zwischen Wahrnehmung und Vorstellung auf den Spuren Johannes MÖLLERs und führt dabei den Begriff des "Hinweiserlebnis" ein, der eine Theorie der Halluzinationen ermöglicht. Breiten Raum widmet er einer Darstellung der neurotischen Entwicklungen, wobei er das Wesentliche in der Gesetzmäßigkeit sieht, mit der sich Gefühle pathologisch potenzieren, wenn sie zwischen Erfüllung und Versagung, zwischen Furcht und Hoffnung "hin- und hergeschaukelt" werden.

In der Diskussion sind sich die drei Rezensenten darin einig, daß der "zupackende Griff ins volle Menschenleben" (124), das sich um Lebensnähe bemühende Vorgehen (1o) und das zum "eigenständigen Denken anregende" dieser Schrift (125) als bemerkenswert und positiv zu gelten hat. Gerade die Subjektivität der herangezogenen Beispiele - ganz im Sinne der introspektiven Psychologie - stößt auf die Kritik BÖCHERs (1o), der sich wünscht, anstelle zweifellos "anregender, aber subjektiver Interpretation und Gedanken 'wissenschaftlich-biologische Fakten' zu erfahren". WIECK (124) zufolge scheint die "Interpretation des Psychischen auf das Organische recht weit getrieben" zu sein. Er beruft sich dabei auf Nicolai HARTMANN, demzufolge sich eine 'biologische' Psychologie mit der kategorialen Eigenart des "Organischen, des Seelischen und des Geistigen auseinandersetzen" sollte.

2. Die Gesetze des normalen Träumens

Das gleichnamige Werk (80) erschien bereits 1939 und erhielt 1951 eine erweiterte Fassung als "Gesetze und Sinn des Träumens". LEONHARD sieht in der Erforschung der formalen Traumabläufe eine wesentliche Vorbedingung, die der Traumdeutung vorauszugehen hat. Er hat zu diesem Zweck die eigenen Träume jahrelang sorgfältig beobachtet und auf innere Gesetzmäßigkeiten untersucht. Dabei ergab sich, daß das, was den Menschen im Wachen affektiv erregt hat, aber im Denken nicht ausreichend verarbeitet wurde, den Traumgedanken bestimmt und nach dem "Gesetz der assoziativen Anregung" mit Traumbildern verknüpft wird, wobei diese die Eigenart haben, daß sie das, was man am Tage zuvor erlebt hat, zwar andeuten, den eigentlichen Erlebnisinhalt aber gerade nicht wiedergeben. Das ist das "Gesetz des Vorbeiträumens", in welchem LEONHARD den eigentlichen Hintergrund der FREUDschen "Traumzensur" sieht. Damit verknüpft sich eine weitere Gesetzlichkeit, welche besagt, daß optisch-räumliche Tageseindrücke mit Vorliebe etwa 1o-2o Tage später als Traumbilder erscheinen, gleichsam als Gipfelpunkt einer wellenförmigen Nachwirkung des Reizes. Farben, akustische und sensible Eindrücke kehren sehr viel rascher im Traum wieder. Den Sinn des Träumens sieht LEONHARD einmal in der Verfestigung des Gedächtnisses, vor allem des optisch-räumlichen, indem beim Träumen auch Gedächtnisinhalte erneuert werden können, die außerhalb des Wachdenkens lagen, zum anderen in der Förderung der Kreativität, welche die freisteigenden Vorstellungen mit sich bringen.

Diese Arbeit LEONHARDs, zu der uns eine Rezension und ein Referatsbeitrag vorliegen, ist auf lebhafte Kritik gestoßen, was aus ihrer Beschränkung auf die formalen Abläufe des Träumens, welche zudem aus voneinander abgrenzbaren Elementen zusammengesetzt gedacht werden , herrührt. Nach VON GEBSATTEL (37) be-

wegt LEONHARD sich nur in den "Vorhöfen der Traumforschung", dies allerdings mit "bemerkenswerter Sicherheit". Der gleiche Autor bemerkt, daß "bis zum Gedanken einer Struktur, einer Gestalt der Träume ... überhaupt nicht vorgestoßen" wird und der Verfasser durch seine mangelnde Berücksichtigung des affektiven Traumgehalts zugunsten des sensorischen, gnostischen und kognitiven Anteils "fast gegen seinen Willen der alten Lehre von Illusionismus der Träume in die Arme getrieben" werde.

WINKLER ([126]) geht noch weiter und hält diesen Ansatz für von vornherein verfehlt, weil "sich LEONHARD den Traum als mosaikartig zusammengesetzt, als in einzelne Elemente zerlegbar denkt". Diese "atomistische Wahrnehmungshypothese" sei unhaltbar, zudem ließen sich die "aufgestellten Gesetze ... empirisch in dieser Form nicht bestätigen". Uns bleibt hier die Frage, ob jene Vorhöfe der Traumforschung" wirklich bereits so gut erforscht sind, daß man den LEONHARDschen Versuch mit Recht als veraltet bezeichnen könnte; die Literatur über die formalen Traumabläufe scheint uns eher dünn gesät zu sein angesichts der Fülle von psychoanalytischen Deutungen des Symbolgehalts. In Bezug auf die empirischen Gesetze des Traumablaufs, z.B. beim Gesetz der periodischen Wiederkehr der Trauminhalte sieht LEONHARD (in seiner "Selbstdarstellung") eine gute Übereinstimmung zu Ergebnissen der modernen Schlafforschung, man denke nur an die REM-Schlaf-Periodizität, die seiner "Wellentheorie" entspricht, oder die dabei erfolgte experimentelle Stützung seiner These, daß das Träumen für die Fixierung der Gedächnisinhalte wesentlich ist.

3. Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität

Das 1964 entstandene Buch (74) greift auf die große Zahl von 194 Probanden mit einer Vielzahl sexueller Variationen und Abnormitäten zurück. Die Explorationstechnik wird genau beschrieben. Bei seiner Analyse des Sexualverhaltens geht LEONHARD, der "Trieb" und "Instinkt" bekanntlich scharf trennt, von der bereits in seiner "Biologischen Psychologie" dargestellten Auffassung aus, daß es hier nicht ausreicht, lediglich vom "Sexualtrieb" - dem übrigens ein "Sexualenthaltungstrieb" gegenübergestellt wird - zu sprechen, welchem nur die Aufgabe eines "Motors" zukommt, sondern daß hier eine Gruppe von Instinkten wesentlich ist. Er grenzt deren fünf ab: Beherrschungs-, Unterstellungs-, Zuwendungs-, Darbietungs- und Anregungsinstinkt. Diese sind bei den Geschlechtern unterschiedlich ausgebildet und jede einzelne abnorme Sexualkonstitution wird daraufhin untersucht, welche Instinkte vorherrschen und welche nicht. Darüberhinaus kommen aber im abnormen Sexualverhalten weitere "Urinstinkte" zum Ausdruck, deren Atavismus sich darin äußert, daß sie gegenüber den rezenten Instinkten eine viel größere Neigung haben in - entsprechend unerwünschte - Handlungen umgesetzt zu werden. So gibt es z.B. einen "Urinstinkt des Würgegriffs" bei Notzucht, einen "Urinstinkt der Schaustellung" beim Fetischismus - wobei auch nachdrücklich auf das Phänomen der Prägung hingewiesen wird - einen "Urinstinkt der sexuellen Hingabe" im Exhibitionismus und noch viele andere. Das Wesen der Sexualstörung besteht für LEONHARD also in dem oft überraschend komplexen Mosaik der Instinkte sowie der Prägung.

Das Werk fand eine Diskussion in Form von drei Buchbesprechungen.FRIEDEMANN (35) zufolge enthält diese "großangelegte Arbeit ... eine Fülle wertvollster Beobachtungen aus dem weiten Gebiete der Sexualpathologie", während nach WEITBRECHT (121) "manche der mitgeteilten Fälle ..

zweifellos eine vertiefte und umfassendere Analyse der Persönlichkeit und ihrer Vorgeschichte wünschenswert erscheinen" lassen. Dennoch würdigt WEITBRECHT die Konsequenz, mit der das "bemerkenswerte Buch" den "im heutigen Schrifttum zu kurz gekommenen biologisch-entwicklungsgeschichtlichen Aspekt" vertritt.

Die ausführlichste Rezension stammt von BURCHARD (15). Er macht auf Diskrepanzen zwischen der modernen Instinktlehre und den Auffassungen LEONHARDs aufmerksam, denn während erstere für jeden Instinkt einen spezifischen angeborenen Auslösemechanismus nachweist, fungiert bei letzterem "immer das gleiche Objekt - das 'Du' der neueren Sexualwissenschaft - als Auslöser. Es ergäbe sich somit der "einzigartige Fall der Auslösung unterschiedlichster Verhaltsweisen durch den gleichen auslösenden Mechanismus". Nach BURCHARD muß die Frage, "ob und in welcher Form Instinkte beim Menschen vorkommen, für weiterhin unbeantwortet" gelten.

4. Der menschliche Ausdruck

1976 in der 2. Auflage veröffentlicht (77) und die ältere "Ausdruckssprache der Seele" fortsetzend, hat dieses Buch eine lange Geschichte, denn das Verständnis des menschlichen Ausdrucks, d.h. dessen, was an Mienenspiel, Gesten und Lauten unwillkürlich und bei allen Menschen gleichartig abläuft, hat LEONHARD seit seiner Jugend lebhaft interessiert, ist vielleicht sein persönlicher "Königsweg" zur Seele gewesen. Stets waren ihm diese Erscheinungen eine wesentliche Hilfe bei Exploration und Diagnostik und er hat hier sein besonderes Talent zur Einfühlung nicht verleugnen können. Wenn er auch das unmittelbare Ausdrucksverständnis nicht für erlernbar und lehrbar hält, so hat er doch dargestellt und durch zahlreiche Photographien belegt, was man alles beobachten kann. Kennzeichnend für seinen wissenschaftlichen Stil ist die genaue Beschreibung der Methodik, insbesondere wie man sich durch Nachahmung vom Bedeutungsgehalt der dargestellten Phänomene überzeugen kann, ferner das begrifflich klare Herausarbeiten wesentlicher Unterschiede wie sie zwischen Ausdrucks-, Instinkt- und Zweckbewegungen, zwischen Gesten und Gebärden etc. bestehen, schließlich die Fülle des beobachteten Materials. Zählt man alle Mienen, Gesten und Phonen zusammen, welche - wie immer bei LEONHARD - als wohldefinierte Einzelformen abgegrenzt werden, so ergibt sich die Summe von 92! Ein eigenes Kapitel gilt der Darstellung des Ausdrucks in der Kunst.

Zu diesem Werk fand sich nur eine Rezension. Der schwache Widerhall, den das Buch gefunden hat, ist für uns angesichts der spärlichen und veralteten Literatur zu diesem Thema unerklärlich, denn an sich müßte es nicht nur für den Psychiater und Psychologen, sondern für alle, die es mit Menschen zu tun haben, bis hin zum Pädagogen oder bildenden Künstler von Interesse sein, über welche

unbewußt ablaufenden Mienen, Gesten und Phonen (Lautäußerungen) die menschliche Ausdruckssprache verfügt. Die Menschenkenntnis, das intuitive Verstehen des Anderen könnte hierdurch nur gewinnen.

Hier aber gelangt der Rezensent L. SCHMIDT (1o7) zu einem herben Urteil: "Die Ausdrucksdeutungen bleiben bei der gewählten Methodik subjektiv und ihre Verwendung für psychodiagnostische Zwecke scheint sehr eingeschränkt". Die Methodik bleibt aber nur solange subjektiv, als man dem Rat LEONHARDs n i c h t folgt und n i c h t den Versuch macht, z.B. die dargestellten Mienen vor dem Spiegel nachzuahmen, um sich über ihren affektiven Hintergrund klar zu werden. Geht man so vor, kann man ohne weiteres die vorgeschlagenen Ausdrucksdeutungen nachvollziehen und damit objektivieren.

5. Die Biopsychologie der endogenen Psychosen

Das 1970 veröffentlichte Buch (76) stellt eine Zusammenschau der "Biologischen Psychologie" und der "Aufteilung der endogenen Psychosen" dar und bedeutet in seiner Konsequenz einen entscheidenden Baustein im Lehrgebäude LEONHARDs. Dieser betont ausdrücklich - und wir haben dies als Ausdruck wissenschaftlicher Redlichkeit zu respektieren - daß er nicht das eine mit Hilfe des anderen erklären wollte und seine psychologische bzw. nosologische Gliederung auf voneinander unabhängigen Wegen gewonnen hat. Es ergibt sich hier eine vollständige Übereinstimmung. Im Bereich der affektiven Psychosen wurden z.B., wie man sich erinnert, je 5 reine Depressionen und Euphorien beobachtet. Dem entspricht die psychologisch erkannte Schichtung des Gefühlslebens in 5 Bereiche. Jede einzelne Schicht hat ihre spezifische Störung, so etwa die Triebgefühle inForm der "agitierten Depression" bzw. "unproduktiven Euphorie", die Instinktgefühle in Form der "selbstquälerischen Depression" bzw. "schwärmerischen Euphorie" usw. Dieselbe Komplementarität ergibt sich bei den reinen Formen auf der anderen Seite des Spektrums: den 16 systematischen Schizophrenien entsprechen genau die 16 psychologisch abgegrenzten Denk- und Willenskräfte, so beruht etwa die "inkohärente Paraphrenie" auf einem Ausfall der "positiven Urteilskraft der Beziehung", die "autistische Hebephrenie" auf einem Ausfall der "Kraft der Willensspannung", die "proskinetische Katatonie" auf einem Ausfall der "Kraft der Sperrung". Die Oberprüfung der Hypothese,ob sich spezifischen 'Endzuständen' spezifische psychologische 'Ausfälle' zuordnen lassen, bestimmt LEONHARDs Forschungen bis zur Gegenwart.

Wer sowohl die "Aufteilung der endogenen Psychosen" als auch die "Biologische Psychologie" ablehnt, muß ihrer Synthese naturgemäß mit doppelter Skepsis gegenüberstehen. So ist es nicht verwunderlich, daß sich in der

Diskussion bis jetzt erst ein Rezensent für dieses "wichtige Buch" (97) gefunden hat, nämlich PAULEIKHOFF, der der Meinung ist, daß man in diesen "Abgrenzungen .. zwar viele Anregungen .. finden, aber das ganze vorwiegend biologisch ausgerichtete System ... kaum ... übernehmen" könne, ohne daß er eine weitergehende Begründung für diese Ablehnung gibt.

VII. Zusammenfassung

Unsere Dissertation gibt einen Oberblick über die zwischen den Jahren 1937 und 1982 zum Lehrgebäude LEONHARDs erschienene in- und ausländische Literatur. Als Hauptquelle wurden die wichtigsten deutschsprachigen psychiatrischen Zeitschriften für den genannten Zeitraum erfaßt.

Es fanden sich insgesamt 66 kritische Stellungnahmen, davon 3o Buchbesprechungen, 27 Erwähnungen in Referaten, Monographien, Diskussionen etc. und 9 Ergebnisse der klinischen Forschung. Die Äußerungen wurden den drei Hauptschwerpunkten des LEONHARDschen Werks - Psychosenlehre, Persönlichkeits- und Neurosenlehre und Psychologie - zugeordnet.

Psychosenlehre: Neben 9 Rezensionen und 26 weiteren Stellungnahmen finden sich hier hauptsächlich 9 empirische Mitteilungen. Diese letzteren ergeben kein einheitliches Bild. Bei den schizophrenen Psychosen teilen FISH (32) und YARDEN et al.(128) zustimmende, EY (35) und ASTRUP (3) eher entgegengesetzte Befunde mit. Bei den zykloiden Psychosen kommen KROGER (64) und PERRIS (98) zu einer positiven, CUTTING et al. (2o) zu einer negativen Bewertung. Bei den affektiven Psychosen wurde ein Befund LEONHARDs durch WINOKUR et al. (127) und ANGST und PERRIS (2) bestätigt. Wir glauben, daß vor allem folgende Aspekte einer weiteren Verbreitung der Auffassungen LEONHARDs entgegengewirkt haben:

1. Die dogmatische Erstarrung der KRAEPELINschen Zweiteilung.
2. Die grundsätzliche Kritik am Konzept von symptomatologisch -prognostisch-genetisch voneinander abgrenzbaren Krankheitseinheiten.
3. Die Kompliziertheit des LEONHARDschen Systems.
4. Die Kritik an seinen ätiologischen Vorstellungen.

Persönlichkeits- und Neurosenlehre: Die kritischen Stellungnahmen beschränken sich hier auf 12 Buchbesprechungen. Die Schwerpunkte der Kritik sind:

1. Grundsätzliche Vorbehalte gegen eine statisch-klassifikatorische Auffassung der Persönlichkeit.
2. Mangelnde Berücksichtigung psychoanalytischer Auffassungen in Diagnostik und Therapie.

Psychologie: Hier fanden sich 9 Buchbesprechungen und ein Referatbeitrag. Kritisiert wurde vor allem

1. Das Konzept einer als überholt angesehenen Elementen- und Bewußtseinspsychologie.
2. Die Betonung der formalen Aspekte zu ungunsten des Symbolgehalts bzw. lebensgeschichtlichen Hintergrunds der Erscheinungen.

Wir schließen mit folgenden Ergebnissen:

1. Die geringe Resonanz, die das Lehrgebäude LEONHARDs in der Fachwelt gefunden hat, ist das Ergebnis theoretischer Vorbehalte und kann sich in weiten Bereichen nicht auf das Ergebnis empirischer Nachuntersuchungen stützen.
2. Die theoretischen Vorbehalte gründen sich darauf, daß eine historische Wandlung der Psychiatrie - von der Nosologie zur Syndromatologie, von der Charakterologie zur Psychodynamik, von der Elementen- und Bewußtseinspsychologie zur Ganzheits- und Tiefenpsychologie - von LEONHARD nicht mitvollzogen wurde.
3. Es ist zu würdigen, mit welcher Konsequenz und inneren Geschlossenheit LEONHARD die Möglichkeiten, die in diesen älteren Positionen lagen, aufgegriffen und vielleicht zur Vollendung geführt hat. Wenn die auf diesem Wege gemachten Beobachtungen und Hypothesen in Vergessenheit gerieten, wäre dies eine schwerwiegende Verarmung der Psychiatrie.

VIII. Literatur

1. ALSEN: Besprechung von Leonhard: Akzentuierte Persönlichkeiten Berlin 1968- Zentralbl.Neurol.Psych. 199 (1969) S. 313
2. ANGST J., PERRIS C.: Zur Nosologie endogener Psychosen Arch.Psych.Neurol. 21o (1968) S. 373-386
3. ASTRUP C.: Diskussionsbeiträge.In: Biological Mechanismus Of Schizophrenia And Schizophrenia-Like Psychoses.Hg. v. Mitsuda u. Fukuda Stuttgart 1975 S. 152
4. BIRNBAUM K.: Zur Revision der psychiatrischen Krankheitsaufstellungen. M.schr. v. Psych.u.Neurol. 68 (1928) S. 8o
5. BLEULER E.: Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Handb. d. Psychiatrie, Hg. v. G. Aschaffenburg,Spez.Teil 4.Abt. 1. Hälfte Leipzig und Wien 1911
6. BLEULER M.: Die schizophrenen Geistesstörungen. Stuttgart 1972
7. BLEULER M.: Erblichkeit und Erbprognose ... 1933-1936 Fortschr.Neurol.Psychiat. 9 (1937) S. 25o
8. - " - Erbl.keit und Erbprognose ... 1939-194o
9. - " - Forschungen und Begriffswandlungen in Schizophrenielehre 1941-195o
1o. BÖCHER W.: Besprechung von Leonhard: Biologische Psychologie. 4. Aufl. Leipzig 1966
11. BOETERS U.: Die Oneiroiden Emotionspsychosen, 1971
12. BRÄUTIGAM: Besprechung v.Leonhard: Individualtherapie der Neurosen Jena 1963
13. BRAUN E.: Manisch-depressiver Formenkreis- Fortschr.Neurol.Psych. 12 (194o) S. 389
14. BROCKINGTON JF, KENDELL RE, LEFF JP: Definitions Of Schizophrenia: Concordance And Prediction Of Outcome. Psychol.Med. 8 (1978) S. 387-398
15. BURCHARD JM.: Besprechung von Leonhard: Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität Stuttgart 1964 Nervenarzt 35 (1964) S. 18o
16. CARPENTER WT, STRAUSS JS: Cross Cultural Evaluation Of Schneider's First-Rank-Symptoms of Schizophrenia.Am.J.Psych. 131 (1974) S. 682-687
17. CIOMPI L. MÖLLER C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Berlin Heidelberg New York 1976
18. CLAYTON PJ, RODIN L, WINOKUR G.: Family History Studies: Schizoaffective Disorder. Compr.Psych. 9 (1968) S. 31-49
19. CONRAD K.: Das Problem der "nosologischen Einheit" in der Psychiatrie. Nervenarzt 3o (1959) S. 488
2o. CUTTING JC, CLARE AW, MANN AH.: Cycloid Psychosis: An Investigation Of The Diagnostic Concept. Psych.Med. 8 (1978) S. 637-648
21. DIETRICH H.: Besprechung von Leonhard: Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin 1968 Psych.Neurol.Med.Psychol. 23 (1971) S. 57

22. DI POL G.: Besprechung von Leonhard: Individualtherapie der Neurosen Jena 1963
23. DRETLER J.: Über gemischte Psychosen. Now psychjatr. (Pol.) 13, S. 1o1-194
24. ENGELMEIER: Besprechung von Leonhard/Trostorff:Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen.
25. EY H.: Einheit und Mannigfaltigkeit der Schizophrenie. Nervenarzt 29 (1958) S. 433
26. FAUST C.: Nachruf auf Karl Kleist. Dtsch.Zschr.f.Nervenheilk. 183 (1961) S. 1-6
27. FEIGHNER JP, ROBINS E.,GUZE SB.,WOODRUFF RA.,WINOKUR G., MUNOZ R: Diagnostic Criteria Fotr.Use In Psychiatric Research.Arch.Gen.Psych. 26 (1972) S. 57-63
28. FISH F.: Outline Of Pschiatry.3rd. ed.by M. Hamilton. Bristol 1978
29. - " - Schizophrenia.2nd. ed.by M. Hamilton Bristol 1974
3o. - " - Clinical Psychopathology.Ed by M. Hamilton Bristol 1974
31. - " - Leonhard's Classification Of Schizophrenia. J. Ment.Science 1o4 (1958) S. 943-971
32. - " - A Clinical Investigation Oh Chronic SchizophreniaJ.Ment Science 1o4 (1958) S. 34-54
33. - " - A Guide To The Leonhard Classification Of Chronic Schizophrenia. Psychiat.Quart. 38 (1964) S. 438-45o
34. FOWLER RC, McCABE MS, CADORET RJ, WINOKUR G: The Validity Of Good Prognosis Schizophrenia. Arch.Gen.Psych. 26 (1972) S. 182-185
35. FRIEDEMANN A.: Besprechung von Leonhard: Instinkte und Urinstinkte in der menschl. Sexualität Stuttgart 1964 Zentralbl.Neurol.Psych. 176 (1964) S. 136
36. FÜNFGELD: Motilitätspsychosen und Verwirrtheiten Abhandl.Neurol.Heft 77, Berlin 1936
37. GEBSATTEL v.: Besprechung von Leonhard: Die Gesetze des normalen Träumens. Leipzig 1939
38. GLATZEL J.: Spezielle Psychopathologie. Stuttgart 1981 S. 3o7
39. GÖHLER J.: Besprechung von Leonhard: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten Berlin 1963 Psychol.Neurol.Med.Psychol. 17 (1965) S. 37
4o. GROSS R.: Der Krankheitsbegriff in der Sicht des Klinikers. Internist 16 (1975) S. 52
41. GRUHLE HW.: Besprechung von Leonhard: Die Defektschizophrenen Krankheitsbilder. M.schr.f.Kriminalbiolog. u. Strafrechtsreform 28 (1937)
42. HAWK AB.,CARPENTER WT.,STRAUSS JS.: Diagnostic Criteria And Five Year Outcome In Schizophrenia. Arch.Gen.Psych. 32 (1975) S. 343-347
43. HEINRICH K.: Diskussionsbeitrag, in: Zur Kritik der psychiatrischen Nosologie Hg. v. K. Heinrich Stuttgart 1975 S. 117
44. HINTERHUBER H.: Zur Katamnese der Schizophrenie. Fortschr.Neurol.Psych. 41 (1973) S. 525-558
45. HOCHE: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie.Z.schr.f.Neurol.u.Psychiat. (orig.) 12 (1912) S. 54o

46. HUBER G.,GROSS G.,SCHÜTTLER R.: Nosologie der Schizophrenie
Münch.Med.W.Schr. 118 (1976) S. 1663
47. HUBER G.,GROSS G.,SCHÜTTLER R.: Schizophrenie
Berlin, Heidelberg, New York 1979
48. - " - Diskussionsbemerkung. In: Zur Kritik der psychiatrischen Nosologie.Hg.v.K.Heinrich Stuttgart 1975
49. - " - Besprechung von Leonhard: Aufteilung der endogenen Psychosen 3.Aufl. 1966 Nervenarzt 38 (1967) S. 52o
5o. INOUYE: Diskussionsbeitrag. In: Biological Mechanismus Of Schizophrenia And Schizophrenia-Like Psychoses, Stuttgart 1975 S. 152
51. JANZARIK W.: Die Krise der Psychopathologie. Nervenarzt 47 (1976) S. 73-8o
52. - " - Wandlungen des Schizophreniebegriffes. Nervenarzt 49 (1978) S. 133-139
53. - " - Schizophrene Verläufe. Berlin Heidelberg New York 1968
54. - " - Der schizoaffektive Zwischenbereich. Nervenarzt 51 (198o) S. 272-279
55. JASPERS K.: Allgemeine Psychopathologie. 9. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York 1973 S. 448 ff, 71o f.
56. KINDT H.: Katatonie - Ein Modell psychischer Krankheit Stuttgart 198o, S. 1o2
57. KLAGES W.: Bespr.v. Leonhard: Akzentuierte Persönlichkeiten Berlin 1968 Nervenarzt 4o (1969) S. 45o
58. KLEIST K.: Fortschritte der Psychiatrie (Aufsätze und Reden der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft, Heft 4) Frankfurt 1947
59. - " - Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie, Berlin, Leipzig 1925 S. 19
6o. KLOOS G.: Besprechung von Leonhard: Die Defektschizophrenen Krankheitsbilder. Nervenarzt 1o (1937) S. 383
61. KÖHLER W.: Psychiatrisch-nosologische Entwicklungstendenzen in den USA. In: Zur Kritik der psychiatrischen Nosologie. Hg. von K. Heinrich, Stuttgart 1975 S. 1o8 f.
62. KRAEPELIN E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins Zuschr.f.Neurol.u.Psychiatr. 62 (192o) S. 1
63. - " - Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig 19o9-1915
64. KRÜGER W.: Nachuntersuchungen bei Psychosen, die im Sinne der Kraepelin-Bleulerschen Psychiatrie als Schizophrenien aufgefasst wurden. Psych.Neurol.Med.Psychol. 2o (1968) S. 135-144
65. LANGFELDT G.: The Prognosis In Schizophrenia. Acta psych.scand.Suppl. 11o 1956
66. LEMPP: Besprechung von Leonhard: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten Berlin 1963 Zentralbl.Neurol.Psych. 176 (1964) S. 316
67. LEONHARD K.: Selbstdarstellung. In:Psychiatrie in Selbstdarstellungen Bern, Stuttgart, Wien, 1975 S. 258
68. - " - Aufteilung der endogenen Psychosen 1. Aufl. 1957 - 5. Aufl. 198o

69. LEONHARD K.: Die Defektschizophrenen Krankheitsbilder. Sammlg. psychiatr.u.neurolog.Einzeldarstellg. Band IX, Leipzig 1936
7o. - " - Karl Kleist zum Gedächtnis. Arch. f. Psych. 2o2 (1961) S. 451-456
71. - " - Psychiatrie auf dem klinischen Boden Wernickes.Psych.Neurol.Med.Psychol. 18 (1966) S. 165
72. LEONHARD K., TROSTOFF S v.: Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen. Jena 1964
73. LEONHARD K.: Akzentuierte Persönlichkeiten 2. Aufl. Stuttgart, New York 1976
74. - " - Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität. Stuttgart 1964.
75. - " - Biologische Psychologie 5. Aufl. München, Frankfurt 1972
76. - " - Biopsychologie der endogenen Psychosen Leipzig 197o
77. - " - Der menschliche Ausdruck 2. Aufl. Leipzig 1976
78. - " - Individualtherapie der Neurosen Jena 1963
79. - " - Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten 3. Aufl. Berlin 1967
8o. - " - Die Gesetze des normalen Träumens. Leipzig 1939
81. - " - Pers. Mitteilung 1981
82. MAYER-CROSS W.: Clinical Psychiatry, Aufl. 196o
83. McCABE MS, FOWLER RC, CADORET RJ, WINOKUR G.: Familial Differences In Schizophrenia With Good And Poor Prognosis. Psych.Med. 1 (1971) S. 326-332
84. - " - Familial differences In Schizophrenia With Good And Poor Prognosis. Psych. Med. 1 (1971) S. 326-332
85. - " - Symptom Differences In Schizophrenia With Good And Poor Prognosis Am J.Psych. 128 (1972) S. 1239
86. MEYENDORF R.: Diskussionsbemerkung. In: Zur Kritik der psychiatrischen Nosologie.Hg.v.K.Heinrich. Stuttgart 1975, S. 116
87. MEYER HH.: Besprechung von Leonhard: Aufteilung der endogenen Psychosen 1. Aufl. 1957
88. MÖLLER HJ, PIREE S, ZERSSEN Dv.: Psychiatrische Klassifikation. Nervenarzt 49 (1978) S. 445-455
89. MÖLLER-HEGEMANN D-: Besprechung von Leonhard: Normale und abnorme Persönlichkeiten. Berlin 1964 Psych.Neurol.Med.Psychol. 18 (1966) S. 237
9o. MÖLLER-SUUR H.: Besprechung von Leonhard: Lassen sich in der Begutachtung von Neurosen keine schärferen Gesichtspunkte gewinnen?
91. NOREIK K., ASTRUP GA, DALGARD OS, HOMBOE R.: A prolonged Follow-up Of Acute Schizophrenic And Schizophrenieform Psychoses. Acta psych.scand. 43 (1967) S. 432-449
92. OTHMER E.: Besprechung von Leonhard: Classification Of Endogenous Pschoses,Ed by E. Robins, Wiley et Sons 1979. Am.J.Psych. 173/3 (198o) S. 396

93. PAULEIKHOFF B.: Besprechung von Leonhard: Aufteilung der endogenen Psychosen 3. Aufl. 1966
94. - " - Die Katatonie (1868-1968) Fortschr.Neurol.Psych. 37 (1969) S. 461
95. - " - Diskussionsbemerkung.In: Biological Mechanismus Of Schizophrenia-Like Psychoses Hg.v. Mitsuda u. Fukuda.
96. PAULEIKHOFF B., MÖLLER-FAHLBUSCH H., MEISSNER U.: Die Amentia. Fortschr.Neurol.Psych. 35 (1967) S. 125
97. PAULEIKHOFF B.: Besprechung von Leonhard: Biopsychologie der endogenen Psychosen. Leipzig 197o Nervenarzt 42 (1971) S. 446
98. PERRIS C.: A Study Of Cycloid Psychoses. Acta psych.scand.Suppl. 253 (1974)
99. POPE HG., LIPINSKI JL.: Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness. Arch.Gen.Psych. 35 (1978) S. 811-828
1oo. RENNERT H.: Zum Modell "Universalgenese der Psychosen." Fortschr.Neurol.Psych. 5o (1982) S. 1-34
1o1. - " - Aufteilung der Psychosen und Einheitspsychose-zwei entgegengesetze Wege der klassischen Psychiatrie? Nervenarzt 35 (1964) S. 263-265
1o2. ROSA: Besprechung von Leonhard: Individualtherapie und Prophylaxe der hysterischen, anankastischen und sensohypochondr. Neurosen. Jena 1959 Zentralbl. Neurol.Psych. 16o (1961) S. 58
1o3. RUCKDESCHEL K.: Zur Prognose schizophrener Erkrankungen. Dtsch.Med.Wschr. 82 (1957) S. 2166
1o4. SATTES: Besprechung von Leonhard/Trostorff: Prognostische Diagnose der endogenen Psychose Nervenarzt 37 (1966) S. 422
1o5. SKALWEIT W.: Schizophrenie-Klinik Fortschr.Neurol.Psych. 1o (1939) S. 551
1o6. SPECHT G.: Ober den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. Erlangen, Leipzig 19o1
1o7. SCHMIDT L.: Besprechung von Leonhard: Der menschliche Ausdruck in Mimik, Gestik, Phonik, Leipzig 1976 Zentralbl. Neurol.Psych. 218 (1977) S. 1
1o8. SCHNEIDER K.: Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie. Fortschr.Neurol.Psych. 24 (1956) S. 1
1o9. - " - Klinische Psychopathologie. 11. Aufl. Stuttgart 1976
11o. STOCKERT v.: Besprechung von Leonhard: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten, Berlin 1963 Nervenarzt 36 (1965) S. 283
111. STÖSSEL K. Besprechung von Leonhard/Trostorff: Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen. Psych.Neurol.Med.Psychol. 18 (1966) S. 236
112. STRAUU JS., GIFT TE.: Choosing An Approach For Diagnosing Schizophrenia-Arch.Gen.Psych. 34 (1977) S. 1248-1253
113. STUTTE: Besprechung von Leonhard: Normale und abnorme Persönlichkeiten Berlin 1964 Nervenarzt 37 (1966) S. 278
114. TRZEBIATOESKA-TRZECIAK O.: Brit. J. Psych. 131 (1977) S. 478-485
115. TSUANG MT., WINOKUR G.: Criteria For Subtyping Schizophrenia. Clinical Differentiation Of Hebephrenic And Paranoid Schizophrenia. Arch.Gen. Psych. (1974) S. 43-47

116. TSUANG MT, DEMPSEY GM, RAUSCHER F.: A Study Of "Atypical Schizophrenia". Arch.Gen.Psych. 33 (1976) S. 1157-1160
117. VAILLANT GE.: Prospective Prediction Of Schizophrenic Remission.Arch.Gen.Psych. 11 (1964) S. 509-518
118. VINAR: Diskussionsbemerkung. In: Zur Kritik der psychiatrischen Nosologie.Hg.v.K. Heinrich Stuttgart 1975 S. 113
119. WEITBRECHT HJ.: Psychiatrie im Grundriß 4. Aufl. neu bearb. von J. Glatzel. Berlin,Heidelberg, New York 1979
120. WEITBRECHT HJ., Kurt Schneider 80 Jahre - 80 Jahre Psychopathologie Fortschr.Neurol.Psych. 35 (1967) S. 497
121. - " - Besprechung von Leonhard: Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität. Stuttgart 1964
122. WELNER J., STRÖMGREN E.: Clinical And Genetic Studies On Benign Schizophrenieform Psychoses. Acta psych. scand. 33 (1958) S. 377-399
123. WERNICKE C. Grundriss der Psychiatrie. Leipzig 1900
124. WIECK: Besprechung von Leonhard: Biologische Psychologie Leipzig 1961 Fortschr.Neurol.Psych. 30 (1962) S. 111
125. - " - Besprechung von Leonhard: Biologische Psychologie 3. Aufl. 1963 Psychiat.Neurol.Med.Psychol. 18 (1966) S. 437
126. WINKLER WT.: Der Traum. Fortschr.Neurol.Psychiatr. 22 (1954) S. 227-254
127. WINOKUR G., CLAYTON P., REICH TH.: Manic depressive illness. Saint Louis 1969
128. YARDEN PE.: Abnormal Movements And Prognosis In Schizophrenia. AmJ.Psych. 128 (1971) S. 317-323
129. ZERBIN-RÜDIN E.: Gegenwärtiger Stand der Zwillings- und Adoptionsstudien zur Schizophrenie. Nervenarzt 51 (1980) S. 379-391

L E B E N S L A U F

Ich wurde am 12.6.1956 in Augsburg als Sohn des Bauingenieurs Karl Stempfle und seiner Ehefrau, der Kontoristin Therese Stempfle, geb. Gratza geboren. Von 1962 bis 1966 besuchte ich die Grundschule in Leitershofen, von der ich 1966 an das neusprachliche Peutinger-Gymnasium in Augsburg übertrat, wo ich 1975 die Reifeprüfung ablegte. Zum Wintersemester 1975/76 nahm ich an der Ludwig Maximilians-Universität in München das Studium der Humanmedizin auf, das ich im Mai 1982 mit dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erfolgreich abschloß. Am 3.12.1982 erhielt ich die Approbation als Arzt. Zur Zeit arbeite ich als Assistenzarzt in der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Unna (Chefarzt: Dr. med. Ulbricht).